



RIE

# REHABILITACIÓN DE PRÉSTAMOS: INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS Y LOS GASTOS

OMB N.º 1845-0120  
Formulario aprobado  
Fecha de venc. 5/31/2020

Programa federal de préstamos educativos William D. Ford Direct Loan Program (Direct Loan Program)/Programa federal de préstamos educativos Federal Family Education Loan Program (FFEL Program)

**ADVERTENCIA:** cualquier persona que, en forma deliberada, realice una declaración falsa o una representación fraudulenta en el presente formulario o en cualquier documento adjunto podrá ser sancionada con penalidades que pueden incluir multas, encarcelamiento o ambos, conforme al Código Penal de los EE. UU. y al artículo 1097 del título 20 del Código de los EE. UU.

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PRESTATARIO

Introduzca o corrija la siguiente información.

**Marque este casillero si alguno de sus datos ha cambiado.**

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono – Principal \_\_\_\_\_  
Teléfono – Alternativo \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico (opcional) \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 2: INGRESOS Y GASTOS MENSUALES RAZONABLES Y NECESARIOS DEL GRUPO FAMILIAR

Ha recibido este formulario porque usted ha pedido la rehabilitación de sus préstamos en incumplimiento de pago, pero ha objetado el monto a pagar que la entidad administradora de sus préstamos calculara utilizando la fórmula del 15% (ver la Sección 6). Luego de recibir este formulario, la entidad administradora de sus préstamos ofrecerá un monto de pago alternativo. El monto alternativo puede ser menor o mayor al monto calculado utilizando la fórmula del 15%. Para empezar con la rehabilitación de sus préstamos en incumplimiento de pago, debe elegir entre estos dos montos. Para la rehabilitación, debe realizar nueve pagos en fecha de dicho monto durante un período de diez meses consecutivos.

Brinde información sobre los ingresos y gastos **mensuales** según se indica más abajo. Incluya documentación de estas fuentes de ingresos o gastos si se lo pide su acreedor. Incluya los ingresos de su cónyuge solo si su cónyuge contribuye con los ingresos del grupo familiar. Su acreedor cuenta con la autoridad para determinar si el monto aducido para cada gasto es razonable y necesario. **Antes de introducir sus ingresos y gastos mensuales, lea todo el formulario con atención, incluidas las Secciones 5, 6 y 7.**

### INGRESOS MENSUALES

1. Sus ingresos laborales \_\_\_\_\_
2. Ingresos laborales del cónyuge \_\_\_\_\_
3. Manutención recibida por hijos menores \_\_\_\_\_
4. Beneficios del Seguro Social \_\_\_\_\_
5. Indemnización del seguro del trabajador \_\_\_\_\_
6. Asistencia pública \_\_\_\_\_  
Especifique los tipos \_\_\_\_\_
7. Otros ingresos \_\_\_\_\_  
Describalos \_\_\_\_\_
8. **Ingresos mensuales totales (suma de los puntos 1 a 7)** \_\_\_\_\_
9. Si sus ingresos mensuales totales equivalen a \$0, explique cuáles son sus medios de sustento

### GASTOS MENSUALES

10. Alimentos \_\_\_\_\_
11. Vivienda \_\_\_\_\_
12. Servicios \_\_\_\_\_
13. Comunicación básica \_\_\_\_\_
14. Gastos médicos y odontológicos necesarios \_\_\_\_\_
15. Seguros necesarios \_\_\_\_\_
16. Transporte \_\_\_\_\_  
Número de vehículos \_\_\_\_\_
17. Cuidado de hijos menores/dependientes \_\_\_\_\_
18. Obligaciones de manutención de hijos menores/conyuge \_\_\_\_\_
19. Pagos de préstamos federales para estudiantes \_\_\_\_\_
20. Pagos de préstamos privados para estudiantes \_\_\_\_\_
21. Otros gastos \_\_\_\_\_  
Describalos \_\_\_\_\_
22. **Gastos mensuales totales (suma de los puntos 10 a 21)** \_\_\_\_\_

Continúe con las Secciones 3 y 4 en la página 2.

Nombre del prestatario: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del prestatario: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 3: TAMAÑO DE SU FAMILIA E IDENTIFICACIÓN DEL CONYUGE

El tamaño de su familia lo incluye a usted, a su cónyuge y a sus hijos (incluidos los hijos no nacidos y que nacerán antes de finalizar el año calendario en curso), si sus hijos recibirán más de la mitad de su manutención de parte suya. El tamaño de su familia incluye a otras personas solo si viven con usted ahora, reciben más de la mitad de su manutención de parte suya y seguirán recibéndola durante el año para el cual está certificando el tamaño de su familia. La manutención incluye dinero, regalos, préstamos, vivienda, alimentos, ropa, automóvil, atención médica y odontológica y pago de los costos universitarios.

23. Tamaño de su familia \_\_\_\_\_

24. ¿Está usted solicitando la rehabilitación de un Préstamo de Consolidación o un Préstamo Federal de Consolidación del Direct Loan Program que se haya otorgado de forma conjunta a usted y su cónyuge?

Sí. Introduzca el nombre de su cónyuge y su número de Seguro Social:

Nombre de su cónyuge \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social de su cónyuge \_\_\_\_\_

No. Continúe con la Sección 4.

### SECCIÓN 4: ENTENDIMIENTOS, CERTIFICACIONES Y AUTORIZACIÓN

Entiendo que:

1. He recibido este formulario porque solicité una oportunidad para rehabilitar mis préstamos en incumplimiento de pago y objeté el monto de pago mensual razonable y accesible calculado con la fórmula del 15%.
2. Mi acreedor calculará un monto de pago mensual alternativo razonable y accesible que se basará únicamente en la información que brindo en este formulario y, de ser solicitada, la documentación que la respalde.
3. Si no acepto ni el monto de pago calculado con la fórmula del 15% ni el monto de pago determinado por mi acreedor basado en la información de ingresos de este formulario, el proceso de rehabilitación de préstamos no continuará y se me exigirá que pague mis préstamos en incumplimiento de pago de acuerdo con los términos del préstamo y las leyes pertinentes.
4. Si no brindara ninguno de los documentos de respaldo solicitados por mi acreedor en el plazo especificado por este último, se dejará de tener en cuenta mi solicitud de rehabilitación de préstamo.
5. Si quiero rehabilitar un Préstamo de Consolidación del Direct Loan Program o un Préstamo Federal de Consolidación que fuera otorgado en forma conjunta a mi cónyuge y a mí, y estoy pidiendo un monto de pago alternativo, mi cónyuge y yo deberemos firmar al pie.
6. Si rehabilito un préstamo y entro en incumplimiento de pago del mismo préstamo en el futuro, es posible que no pueda volver a rehabilitar el préstamo por segunda vez.
7. Debo notificar a mi acreedor inmediatamente si cambia mi dirección.
8. Si me préstamo es rehabilitado, mi préstamo será vendido o transferido a un nuevo acreedor o a una nueva entidad administradora de préstamos. Luego de la venta o transferencia, se me pedirá que seleccione un plan de pago. Si no selecciono un plan de pago, se colocarán mis préstamos dentro de un plan de pago estándar, lo que muy probablemente requerirá que realice un pago mensual con un monto más alto que el pago que realicé para rehabilitar mi préstamo.
9. Luego de que mi préstamo sea rehabilitado, podré reunir los requisitos para pagar mis préstamos mediante un plan de pago definido por los ingresos que toma como base para mi pago tanto mis ingresos como el tamaño de mi familia. Un plan de pago definido por los ingresos es el tipo de plan de pago que más probablemente tenga un pago mensual similar al pago que realizara para rehabilitar mis préstamos.
10. Puedo obtener más información acerca de los requisitos de participación y de los trámites de solicitud para los planes de pago definido por los ingresos al visitar [StudentAid.gov/idr-es](http://StudentAid.gov/idr-es) o preguntándole al acreedor de mis préstamos.

**Certifico** que (1) la información que he brindado en este formulario es verdadera y correcta y (2) que, de ser solicitada, brindaré documentación adicional al acreedor de mis préstamos que respalde la información que he brindado en este formulario.

**Autorizo** al acreedor de mis préstamos al cual envío la presente solicitud (y a sus agentes o contratistas) a comunicarse conmigo en relación con mi solicitud o mis préstamos, incluido su pago, a cualquiera de los números que brindo en el presente formulario o a cualquier otro número que brinde en el futuro, ya sea a mi teléfono celular u otro dispositivo inalámbrico, mediante equipos de discado telefónico automático, mensajes de voz artificial o pregrabada o mensajes de texto.

Firma del prestatario \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Su cónyuge debe firmar este formulario solo si usted hubiera introducido el nombre de su cónyuge y su número de Seguro Social en la Sección 3.**

## SECCIÓN 5: INSTRUCCIONES

Si no está completando este formulario por medios electrónicos, escriba o imprima con tinta oscura. Complete las fechas en formato mes-día-año (mm-dd-aaaa). Utilice solo números. Ejemplo: 14 de marzo de 2017 = 03-14-2017. En toda la documentación que se le exija presentar con este formulario, incluya su nombre y los números de cuenta de los préstamos en incumplimiento de pago. Si necesita ayuda para completar el presente formulario, comuníquese con el acreedor de su préstamo.

**Envíe el formulario completo a la dirección que se indica en la Sección 8.**

### INGRESOS MENSUALES DE LA SECCIÓN 2 (PUNTOS 1 a 9)

Su acreedor puede solicitar documentación que respalde cualquiera de los puntos relativos a los ingresos:

La documentación de **ingresos laborales** puede ser un talón de pago o una carta del empleador en la cual se especifiquen los ingresos que dicho empleador le hubiera pagado.

La documentación de **manutención de hijos menores, beneficios del Seguro Social, indemnización del seguro del trabajador o asistencia pública** puede consistir en copias de cheques de beneficios, un resumen de beneficios o una carta de un juzgado, un organismo del gobierno o la persona responsable del pago de la manutención en la que se especifique la cantidad recibida por el beneficio.

**Asistencia pública:** identifique el tipo de asistencia pública recibida (consulte la definición de "asistencia pública" en la Sección 6).

**Otros ingresos:** incluya todos los demás ingresos no incluidos en los puntos 1 a 6 e identifique la fuente de esos ingresos.

Si informa que sus ingresos totales mensuales son iguales a cero, explique cuáles son sus medios de sustento en el punto 9.

### GASTOS MENSUALES DE LA SECCIÓN 2 (PUNTOS 10 A 22)

Para cada gasto mensual, brinde el monto que suele gastar cada mes. Los acreedores de sus préstamos pueden solicitar documentación que respalde cualquiera de estos puntos. No incluya un mismo gasto en más de una categoría. Si hay alguna categoría en la que no tenga gastos, asigne a esa categoría el valor 0 (cero).

**Alimentos:** incluya la cantidad de dinero que gasta en comida, aunque la compre por medio del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutritional Assistance Program o SNAP, por sus siglas en inglés) (cupones para alimentos).

**Vivienda:** incluya la cantidad de dinero que gasta en vivienda, tales como el alquiler, los depósitos de seguridad obligatorios, los pagos de hipoteca (incluidos el capital, el interés, los impuestos y el seguro de la vivienda), mantenimiento y reparaciones.

**Servicios:** incluya la cantidad de dinero que gasta en servicios relacionados con el hogar, tales como gas, electricidad, combustible, agua, cloacas, recolección de residuos y reciclaje.

**Comunicación básica:** incluya la cantidad de dinero que gasta en comunicación básica, tales como gastos básicos de teléfono, Internet y televisión por cable.

**Gastos médicos y odontológicos:** incluya la cantidad de dinero que suman sus gastos médicos y odontológicos no cubiertos por su seguro de salud, tales como medicamentos necesarios con o sin receta y suplementos nutricionales médicamente necesarios. No incluya gastos relacionados con pagos de primas de seguro médico u odontológico.

**Seguros:** incluya la cantidad de dinero que gasta en seguros, tales como seguros necesarios para inquilinos, del automóvil, odontológicos o de vida. Incluya cualquier monto pagado en primas de seguro.

Sin embargo, si el monto de los ingresos que enumeró bajo Ingresos Mensuales ya refleja deducciones de su pago de las primas de seguro, no enumere el monto de dichas deducciones como un gasto en seguros. Incluya el seguro de la vivienda dentro del punto 11 (Vivienda).

**Transporte:** incluya la cantidad de dinero que gasta en transporte básico, tal como combustible, pago de automóviles, mantenimiento básico de vehículos, transporte público, peajes y estacionamiento. Enumere también el número de vehículos para los cuales esté reclamando gastos relacionados con el transporte.

**Cuidado de hijos menores/dependientes:** incluya la cantidad de dinero que gasta en el cuidado de hijos menores u otras personas dependientes del grupo familiar y otros gastos laborales relacionados con el cuidado de hijos menores o personas dependientes.

**Obligaciones legales relativas a la manutención de un hijo/cónyuge:** incluya la cantidad de dinero que gasta en la manutención de un hijo o cónyuge exigida por ley.

**Pagos de préstamos federales para estudiantes:** incluya el monto total mensual que paga por todos sus préstamos federales para estudiantes, con excepción de los préstamos en incumplimiento de pago que está intentando rehabilitar, a menos que esté sujeto a retenciones obligatorias de haberes tales como un embargo de salario o un descuento de los pagos del Departamento del Tesoro (por ejemplo, si su Seguro Social está siendo embargado). Si está sujeto a un embargo de salario o a un descuento de los pagos del Departamento del Tesoro, incluya el monto que se le cobra por cada mes.

**Pagos de préstamos privados para estudiantes:** incluya el monto total mensual que paga por todos sus préstamos privados para estudiantes. Incluya el monto de todos los pagos, sean voluntarios o no.

**Otros gastos:** incluya el monto gastado en todos los demás gastos necesarios no cubiertos en los puntos 10 a 20 y explique cada uno de estos gastos. Estos otros gastos solo se considerarán si el Departamento de Educación determina que se deben tomar en cuenta. Si necesita más espacio para enumerar otros gastos, adjunte una hoja de papel separada e incluya su nombre y número de Seguro Social en el margen superior.

## SECCIÓN 6: DEFINICIONES

---

El **Programa federal de préstamos educativos William D. Ford Federal Direct Loan Program** incluye Préstamos Federales Stafford/Ford (con subsidio del interés) del Direct Loan Program, Préstamos federales Stafford/Ford del Direct Loan Program (sin subsidio del interés), Préstamos PLUS del Direct Loan Program y Préstamos Federales de Consolidación del Direct Loan Program.

El **Programa federal de préstamos educativos Federal Family Education Loan Program (FFEL, por sus siglas en inglés)** incluye Préstamos Federales Stafford (con y sin subsidio), Préstamos Federales PLUS, Préstamos Federales de Consolidación y Préstamos Complementarios para Estudiantes (SLS, por sus siglas en inglés).

La **rehabilitación** de sus préstamos en incumplimiento de pago solo se producirá después de que haya hecho 9 pagos mensuales razonables y accesibles voluntarios dentro de los 20 días de la fecha de vencimiento durante 10 meses consecutivos y, en el caso de préstamos del FFEL Program en poder de una agencia garante de préstamos, cuando el préstamo se haya vendido a un prestamista autorizado o haya sido asignado al Departamento de Educación de los EE. UU (el Departamento). Cuando rehabilite sus préstamos, recuperará todos los beneficios del Direct Loan Program o el FFEL Program, incluidos los derechos a aplazar pagos o suspenderlos temporalmente y a un plan de pago con un monto mensual basado en sus ingresos. También recuperará el derecho a recibir más ayuda federal para estudiantes, incluido el acceso a más préstamos federales para estudiantes. Luego de que se haya rehabilitado un préstamo en incumplimiento de pago, el acreedor de su préstamo enviará instrucciones a toda agencia de informes sobre el consumidor (agencia de informes crediticios) a la cual se le haya informado sobre el incumplimiento de pago para que elimine dicho incumplimiento de su historial crediticio.

## SECCIÓN 7: REHABILITACIÓN DE PRÉSTAMOS

---

Para rehabilitar su préstamo, debe aceptar ya sea el monto de pago mensual para una rehabilitación determinado con la fórmula del 15% o el monto de pago determinado según la información de ingresos mensuales, gastos mensuales y tamaño de familia que usted proporciona en este formulario y en la documentación de respaldo que le hayan solicitado.

Su acreedor le proporcionará un acuerdo de rehabilitación de préstamo por escrito en el que se confirmará el monto de pago mensual para una rehabilitación.

## SECCIÓN 8: ADÓNDE ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETADO

---

Envíe el formulario completo y toda la documentación necesaria a:

**Action Financial Services, LLC**  
Dbá AFCS, LLC in Connecticut, Delaware, Iowa,  
Michigan, Texas & Washington  
P.O. Box 3250, Central Point, OR 97502  
Fax #: 1-844-965-9229  
mailadmin@actionfinancial.us.com

Un **monto razonable y accesible** significa un pago mensual determinado por el acreedor del préstamo basado ya sea en la fórmula del 15% o en información brindada en este formulario y documentación que la respalde. No puede ser un porcentaje del saldo total de su préstamo ni tomar como base información que no esté relacionada con su situación económica general.

La **fórmula del 15%** significa el 15% del monto por el cual su Ingreso Bruto Ajustado supera el 150% del monto de la pauta de pobreza correspondiente al tamaño de su familia y a su estado, dividido por 12. Su pago mínimo no puede ser inferior a \$5.00.

El **acreedor de los préstamos** del Direct Loan Program en incumplimiento de pago es el Departamento. El acreedor de los préstamos del FFEL Program en incumplimiento de pago puede ser una agencia garante de préstamos o el Departamento.

La **asistencia pública** son los pagos que recibe de acuerdo con un programa federal o estatal. Algunos de estos programas de asistencia son el de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families o TANF, por sus siglas en inglés), Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income o SSI), Cupones para Alimentos/Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (Food Stamps/Supplemental Nutritional Assistance Program o SNAP) o la asistencia pública en general otorgada por el estado.

Para aceptar el acuerdo de rehabilitación de préstamo, debe firmarlo y entregarlo a su acreedor.

Durante el período de rehabilitación, el acreedor limitará el contacto con usted respecto del préstamo que se esté rehabilitando a las actividades de cobro exigidas por la ley o los reglamentos, y a comunicaciones que respalden la rehabilitación.

Si no acepta ninguno de los pagos mensuales, su solicitud de rehabilitación dejará de tenerse en cuenta.

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a:

Si tiene alguna pregunta por favor comuníquese con un representante de Action Financial Services 888-253-4239.

## SECCIÓN 9: AVISOS IMPORTANTES

### Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de

**Información.** La Ley de Confidencialidad de Información de 1974 (artículo 552a del título 5 del Código de los EE. UU.) establece que usted debe recibir el siguiente aviso:

Las autoridades para recolectar la información solicitada de usted y sobre usted se encuentran en los artículos §421 y siguientes y §451 y siguientes de la Ley de Educación Superior de 1965 (HEA, por sus siglas en inglés) y sus enmiendas (artículos 1071 y siguientes, y 1087a y siguientes del título 20 del Código de los EE. UU.), y las autoridades para recolectar y utilizar su número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) se encuentran en los artículos §§428B(f) y §484(a)(4) de la HEA (artículos 1078-2(f) y 1091(a)(4) del título 20 del Código de los EE. UU., y artículo 7701(b) del título 31 del Código de los EE. UU.). Participar en el Programa federal de préstamos educativos William D. Ford Federal Direct Loan (Direct Loan) o en el Programa federal de préstamos educativos Federal Family Education Loan Program (FFEL) y darnos su SSN es voluntario. No obstante, para participar debe brindarnos la información solicitada, que incluye su SSN.

Los objetivos principales de recolectar información en este formulario, incluido su SSN, son los de verificar su identidad, determinar su derecho a recibir un préstamo o un beneficio relacionado con un préstamo (tal como un aplazamiento de pago, una suspensión temporal de cobro, una condonación o perdón) mediante el Programa FFEL y/o el Direct Loan Program, permitir la administración de sus préstamos y, si es necesario, ubicarlo para cobrar e informarle sobre sus préstamos, en caso de que se atrase en el pago o incurra en un incumplimiento de pago de sus préstamos. También utilizamos su SSN para identificar su cuenta y permitirle el acceso a la información de su cuenta por vía electrónica.

La información en su registro podrá ser divulgada, en base a cada caso en particular o mediante un programa de cotejo electrónico de datos, a aquellos terceros autorizados, de acuerdo con los usos de rutina especificados en los Avisos del Sistema de Registros apropiados. Los usos de rutina de esta información incluyen, entre otros, divulgación a agencias federales, estatales o locales, personas o entidades privadas como parientes, empleadores actuales y anteriores, socios comerciales y personales, agencias de informes sobre el consumidor, instituciones financieras y educativas, y organismos garantes de préstamos para verificar su identidad, determinar si reúne los requisitos para recibir un préstamo o el beneficio de un préstamo, permitir la administración o el cobro de sus préstamos, hacer cumplir los términos del préstamo, investigar un posible fraude y verificar el cumplimiento de las normas del programa federal de ayuda económica para estudiantes o ubicarlo en caso de que se registren atrasos en los pagos de su préstamo o incurra en un incumplimiento de pago. Para calcular el índice de incumplimiento de pago, es posible que se deba divulgar información a los organismos garantes de préstamos, a las instituciones financieras y educativas o a las agencias estatales. Para proporcionar información sobre el historial de ayuda económica, es posible que se deba divulgar información a las instituciones educativas.

Para asistir a los administradores del programa en lo relativo al seguimiento de reembolsos y anulaciones, es posible que se deba divulgar información a los organismos garantes de préstamos, a las instituciones financieras y educativas, o a las agencias federales o estatales. Para brindar un método estandarizado para que las instituciones educativas presenten de manera eficiente el estado de las inscripciones de los estudiantes, es posible que se deba divulgar información a los organismos garantes de préstamos o a las instituciones financieras y educativas. Para asesorarlo sobre los pagos que debe realizar, es posible que se deba divulgar información a los organismos garantes de préstamos, a las instituciones financieras y educativas, o a las agencias federales, estatales o locales.

En caso de un litigio, es posible que debamos enviar registros al Departamento de Justicia, a los tribunales, a una entidad jurídica, a un asesor, a una de las partes o a un testigo, si es pertinente y necesario para el litigio. Si esta información, ya sea por sí sola o junto con otra información, es indicativa de una posible violación a la ley, es posible que la enviemos a la autoridad que corresponda para que tome las medidas correspondientes. Es posible que enviemos información a los miembros del Congreso, si usted les solicita ayuda con algunas cuestiones relacionadas con la ayuda federal para estudiantes. En caso de demandas laborales, agravios o acciones disciplinarias, es posible que debamos divulgar los registros pertinentes para arbitrar en el conflicto o investigar. En caso de que lo establezca una convención colectiva de trabajo, es posible que debamos divulgar los registros a las organizaciones laborales reconocidas en el título 5, capítulo 71 del Código de los EE. UU. Es posible que debamos divulgar información a nuestros contratistas para cumplir con cualquier función programática que requiera divulgar los registros. Antes de divulgar la información, requerimos que el contratista tome las medidas preventivas contempladas en la Ley de Confidencialidad de Información. Es posible que también debamos divulgar información a investigadores calificados de acuerdo con las medidas preventivas de la Ley de Confidencialidad de Información.

**Aviso sobre reducción de trámites.** De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (conocida en inglés como Paperwork Reduction Act), no será obligatorio responder a un instrumento de recolección de datos, a menos que éste exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para este instrumento de recolección de datos es 1845-0120. El tiempo promedio requerido para completar este instrumento de recolección de datos es de sesenta (60) minutos por respuesta, incluido el tiempo que se requiere para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la información recolectada. La obligación de responder a este instrumento de recolección de datos es un requerimiento para obtener un beneficio de acuerdo con el 34 CFR, secciones 682.405 o 685.211. Si tiene preguntas sobre el estado de su presentación personal de este formulario, comuníquese con el acreedor de sus préstamos (consulte la Sección 8).



## Documentación requerida de la Información sobre ingresos y gastos para rehabilitación de préstamo

Además de la REHABILITACIÓN DE PRÉSTAMO anexa: INFORMACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS, por favor proporcione la documentación de respaldo siguiente.

<b>Sección 1: Ingresos (Incluya documentos de ingresos de su cónyuge, si usted es casado y viven juntos)</b>	
<b>Campo</b>	<b>Por Favor Incluya la Documentación Siguiente</b>
1 Sus ingresos de empleo	Copia firmada de su declaración federal de impuestos 1040 del año fiscal más reciente (ambas páginas) o un formulario de transcripción fiscal proporcionado por IRS
2 Ingresos de empleo de su cónyuge	Copias de sus dos (2) talones de pago más recientes (deben tener fecha dentro de los últimos 90 días)  Si trabaja por su cuenta, proporcione la declaración de impuestos 1040 más reciente o la hoja de cálculo 1040-ES.
3 Manutención infantil recibida	Una copia de su decreto de divorcio u orden de respaldo. Si estos no están disponibles o si usted no recibe toda la cantidad ordenada, proporcione una declaración por escrito que explique cuánto recibe usted.
4 Beneficios del Seguro Social	Un estado de cuenta de beneficios de Social Security Administration (Administración del Seguro Social)
5 Compensación laboral	Un talón de pago o carta de beneficio (de no más de 90 días)
6 Asistencia pública	Una copia de su carta de concesión
7 Otros ingresos	Cualquier documentación que muestre la fuente y la cantidad
<b>Sección 2: Gastos</b>	
10 Alimentos	Ninguna requerida
11 Vivienda	Si usted vive en los EE.UU. (incluyendo Puerto Rico): Ninguna requerida
12 Servicios públicos	Si usted vive fuera de los EE.UU.: copias de
13 Comunicaciones básicas	1. Estado de cuenta de hipoteca o contrato de renta, facturas de seguro de propietario o arrendador y 2. Facturas de servicios públicos y 3. Facturas de servicios de comunicaciones básicas (internet, teléfono, cable básico)
14 Gastos médicos o dentales necesarios	Ninguna obligatoria si usted gasta menos de \$60 al mes por persona en su familia. Si usted gasta más de eso, proporcione pruebas de lo que gasta usted efectivamente de su bolsillo en copagos por medicamentos de receta, visitas médicas y otras necesidades médicas: cheques cancelados y recibos, estados de cuenta, etc. No es aceptable proporcionar sólo una factura que muestre la cantidad que se deba
15 Seguros necesarios	Seguro de salud: copias de su estado de cuenta de cuotas o talón de pago Sólo se permite el seguro de vida si lo requiere una orden judicial; proporcione copias del estado de cuenta de cuotas y la orden judicial No incluya aquí seguro de auto (inclúyalo en los gastos de transporte) No incluya aquí el seguro de propietario o seguro de renta (inclúyalos en vivienda)
16 Transporte	Si usted vive fuera de los EE.UU.: documentos que muestren pagos de auto, seguro de auto, combustible y aceite, mantenimiento y registro del auto (no se requiere documentación si usted no tiene auto)
17 Cuidados para hijos o dependientes	Recibos o cheques cancelados pagaderos a su proveedor de guardería infantil  Sólo incluya las colegiaturas de una escuela privada si es por orden judicial (incluya una copia de la orden judicial)
18 Manutención infantil o respaldo	Orden judicial (a menos que se muestre en su talón de pago)

19 Pagos de préstamos estudiantiles federales	Estado de cuenta de facturación actual (de menos de 90 días). Sólo incluya pagos realizados para otros préstamos estudiantiles federales.
20 Pagos de préstamos estudiantiles	Estado de cuenta de facturación actual (de menos de 90 días)
21 Otros gastos	Ninguna requerida

**Si tiene ingresos en la línea 7, complete lo siguiente para "Otros" ingresos:**

A quien le interese:

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que gano \$ \_\_\_\_\_

por mes en "Otros" ingresos. El origen de los otros ingresos es

(proporcione una declaración sobre cómo se gana los "Otros" ingresos) \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Prestatario: \_\_\_\_\_

Firma del prestatario: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Esto es un intento de cobrar una deuda y cualquier información obtenida será usada para ese propósito.



# Action Financial Services, LLC

*dba AFCS, LLC in Connecticut,  
Delaware, Iowa, Michigan, Texas & Washington  
P.O. Box 3250, Central Point, OR 97502*

## Formulario Para Persona Autorizada

Nombre de Prestatario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Numero de Cuenta o Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Yo, autorizo a \_\_\_\_\_ como alguien con quien Action Financial Services y / o una oficina subcontratada puedan hablar sobre mi cuenta de préstamo estudiantil. Esta autorización permanecerá valida, a menos que sea revocada por mí verbalmente o por escrito, o revocada verbalmente o por escrito por la persona autorizada, mientras mi cuenta permanezca con Action Financial Services o uno de sus subcontratistas.

Entiendo que información importante, como las opciones de pago y los requisitos del programa de pago, se pueden discutir con la persona autorizada y que es mi responsabilidad para comunicarme con la persona autorizada y asegurarme de recibir cualquier información necesaria de manera oportuna. Entiendo que el no hacerlo puede causar problemas con mis pagos, la devolución de los documentos requeridos o la finalización de cualquier programa de pago voluntario en el que participe.

Nombre de Prestatario: \_\_\_\_\_

Firma de Prestatario: \_\_\_\_\_

Nombre de Persona Autorizada: \_\_\_\_\_

Teléfono de Persona Autorizada: \_\_\_\_\_

Esta comunicación es de un cobrador de deuda. Es un intento de cobrar una deuda y cualquier información obtenida será utilizada para ese propósito.

# Action Financial Services, LLC

## Formulario de Autorización de Pago Recurrente

Firme y complete este formulario para autorizar a Action Financial Services, LLC a realizar un débito automático de su cuenta.

Al firmar este documento, autorizo a Action Financial Services, LLC. a cargar la cuenta identificada a continuación en o después de las fechas y en los montos establecidos a continuación. AFS puede cargar mi cuenta a las 12:01 a.m. P.T. en la fecha de pago. En caso de que cualquier cargo no sea exitoso, autorizo a AFS a reiniciar el cargo hasta dos veces. En caso de que AFS cometa un error al procesar un cargo, autorizo a AFS a iniciar un cargo para corregir el error. Si falta o es errónea alguna información que proporcioné a AFS con respecto a mi cuenta o institución financiera, autorizo a AFS a verificar y corregir esa información.

Esta Autorización permanecerá en efecto hasta que mi cuenta se pague en su totalidad a menos que yo cancele esta autorización llamando a AFS durante el horario de atención al (888) 253-4239, o escribiendo AFS en P.O. Box 3250, Central Point, OR 97502, al menos tres días hábiles antes de que AFS inicie el cargo que yo deseo que AFS cancele o en un plazo más breve que permita que AFS actúe a solicitud mía. **Me pondré en contacto con AFS lo más pronto posible antes de la fecha de pago si no tengo suficiente dinero en mi cuenta para cubrir mi pago, de modo que AFS pueda intentar detener el pago y organizar un método de pago diferente. Entiendo que mi institución financiera puede imponer una tarifa cada vez que se devuelve un cargo sin pagar y AFS no es responsable.**

Deberá conservar una copia para sus registros y enviar por fax el formulario completo al 1-844-965-9229 o escanear el formulario y enviar un correo electrónico seguro a [mailadmin@actionfinancial.us.com](mailto:mailadmin@actionfinancial.us.com). Al firmar abajo, usted reconoce que ha recibido, guardado, imprimido o hizo una copia de esta Autorización para sus registros.

Por favor completa la información a continuación:

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a Action Financial Services a retirar de la cuenta  
(nombre del titular de la cuenta)

que seleccioné a continuación en la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ en el \_\_\_\_\_ día de cada mes.  
(Cantidad)

Dirección asociada con esta cuenta bancaria \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del prestatario \_\_\_\_\_ Teléfono del prestatario \_\_\_\_\_

Firma del prestatario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del titular del banco si es diferente del prestatario \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Action Financial Services al 888-235-4239. Esta comunicación es de un cobrador de deudas. Esto un intento de cobrar una deuda y cualquier información obtenida se utilizará para ese propósito.

# Action Financial Services, LLC

## Formulario de Autorización de Pago Recurrente

Número de cuenta o Seguro Social del prestatario \_\_\_\_\_

Por favor llene una de las siguientes opciones:

### Tarjeta de débito:

Tipo de cuenta: Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/>
Nombre en la Tarjeta _____
Número de Tarjeta _____ Fecha de vencimiento _____
CVV (3-numeros atrás de la tarjeta Visa/MasterCard) _____

### Cheque Electrónico:

Nombre tal como aparece en su cuenta: _____
Número de ruta _____ Número de cuenta _____ Numero de Cheque _____
Nombre del banco donde se retirará el pago: _____
Cuenta de cheque o ahorros: _____ Cuenta personal o comercial: _____
** Proporcione la información de cuenta tal como aparece en su cheque **

# Action Financial Services, LLC

## Formulario de Autorización de Pago Recurrente

(COPIA PARA TUS EXPEDIENTES)

Firme y complete este formulario para autorizar a Action Financial Services, LLC a realizar un débito automático de su cuenta.

Al firmar este documento, autorizo a Action Financial Services, LLC. a cargar la cuenta identificada a continuación en o después de las fechas y en los montos establecidos a continuación. AFS puede cargar mi cuenta a las 12:01 a.m. P.T. en la fecha de pago. En caso de que cualquier cargo no sea exitoso, autorizo a AFS a reiniciar el cargo hasta dos veces. En caso de que AFS cometa un error al procesar un cargo, autorizo a AFS a iniciar un cargo para corregir el error. Si falta o es errónea alguna información que proporcioné a AFS con respecto a mi cuenta o institución financiera, autorizo a AFS a verificar y corregir esa información.

Esta Autorización permanecerá en efecto hasta que mi cuenta se pague en su totalidad a menos que yo cancele esta autorización llamando a AFS durante el horario de atención al (888) 253-4239, o escribiendo AFS en P.O. Box 3250, Central Point, OR 97502, al menos tres días hábiles antes de que AFS inicie el cargo que yo deseo que AFS cancele o en un plazo más breve que permita que AFS actúe a solicitud mía. **Me pondré en contacto con AFS lo más pronto posible antes de la fecha de pago si no tengo suficiente dinero en mi cuenta para cubrir mi pago, de modo que AFS pueda intentar detener el pago y organizar un método de pago diferente. Entiendo que mi institución financiera puede imponer una tarifa cada vez que se devuelve un cargo sin pagar y AFS no es responsable.**

Deberá conservar una copia para sus registros y enviar por fax el formulario completo al 1-844-965-9229 o escanear el formulario y enviar un correo electrónico seguro a [mailadmin@actionfinanciam.us.com](mailto:mailadmin@actionfinanciam.us.com). Al firmar abajo, usted reconoce que ha recibido, guardado, imprimido o hizo una copia de esta Autorización para sus registros.

Por favor completa la información a continuación:

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a Action Financial Services a retirar de la cuenta  
(nombre del titular de la cuenta)

que seleccioné a continuación en la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ en el \_\_\_\_\_ día de cada mes.  
(Cantidad)

Dirección asociada con esta cuenta bancaria \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del prestatario \_\_\_\_\_ Teléfono del prestatario \_\_\_\_\_

Firma del prestatario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del titular del banco si es diferente del prestatario \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Action Financial Services al 888-235-4239. Esta comunicación es de un cobrador de deudas. Esto un intento de cobrar una deuda y cualquier información obtenida se utilizará para ese propósito.

# Action Financial Services, LLC

## Formulario de Autorización de Pago Recurrente

(COPIA PARA TUS EXPEDIENTES)

Número de cuenta o Seguro Social del prestatario \_\_\_\_\_

**Por favor llene una de las siguientes opciones:**

**Tarjeta de débito:**

Tipo de cuenta: Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/>
Nombre en la Tarjeta _____
Número de Tarjeta _____ Fecha de vencimiento _____
CVV (3- números atrás de la tarjeta Visa/MasterCard) _____

**Cheque Electrónico:**

Nombre tal como aparece en su cuenta: _____
Número de ruta _____ Número de cuenta _____ Numero de Cheque _____
Nombre del banco donde se retirará el pago: _____
Cuenta de cheque o ahorros: _____ Cuenta personal o comercial: _____
** Proporcione la información de cuenta tal como aparece en su cheque **

# Action Financial Services, LLC

## Formulario de Autorización de Pago Recurrente

### **DIVULGACIÓN IMPORTANTE CON RESPECTO A SUS PAGOS RECURRENTE:**

**Pagos:** Action Financial Services, LLC (AFS) acreditará sus pagos a partir de la fecha en que se reciben. Le vamos a enviar un recordatorio de pago mensual antes de la fecha programada de transferencia.

**Días hábiles:** para fin de estas divulgaciones, nuestros días hábiles son de lunes a viernes. Las vacaciones no están incluidas.

**Tipo de transferencia:** Podemos procesar su pago a partir de las 12:01 a.m., hora estándar del Pacífico, en la fecha de pago. En caso de que cualquier cargo no sea exitoso, usted nos autoriza a reiniciar el cargo hasta dos veces. En el caso de que cometamos un error al procesar un cargo, nos autoriza a iniciar un cargo para corregir el error. Si la información que nos proporcionó con respecto a su Tarjeta o institución financiera falta o es errónea, nos autoriza a verificar y corregir dicha

**Contactando a AFS:** Si nota algún problema con respecto a su pago, incluyendo cualquier error o pago no autorizado, si cree que su recordatorio de pago es incorrecto o si necesita más información sobre una transferencia incluida en el recordatorio de pago, comuníquese con Action Financial Services, LLC al (888) 253-4239 entre las 8 a.m. a 5 p.m. Hora del Pacífico, de lunes a viernes, a nuestro correo electrónico mailadmin@actionfinancial.us.com o por correo a (dirección) PO Box 3250 Central Point, Oregon 97502.

**Resolución de error:** Debemos recibir noticias tuyas no más de 60 días después de que reciba el PRIMER, recibo o recordatorio de pago en el que apareció el problema o error. Proporcione la información siguiente para que podamos abordar sus inquietudes: (1) Díganos su nombre y número de cuenta; (2) Describa el error o la transferencia de la que no está seguro y explique con la mayor claridad posible por qué cree que es un error o por qué necesita más información. (3) Díganos el monto en dólares del supuesto error. Si nos informa oralmente, podemos solicitar que nos envíe su reclamo o pregunta por escrito dentro de los 10 días hábiles, junto con los recibos o declaraciones de respaldo. Determinaremos si se produjo un error dentro de los 10 días hábiles después de recibir su respuesta y corregiremos cualquier error de inmediato. Si investigamos y determinamos que no se cometió ningún error, le enviaremos una explicación por escrito. Puede solicitar copias de los documentos que usamos en nuestra investigación.

**Cancelación de pagos:** Usted tiene el derecho de cancelar este acuerdo de pago o suspender cualquier pago comunicándose con nosotros a los números de teléfono o a la dirección que figura más arriba. Sin embargo, su solicitud para cancelar, detener o cambiar su fecha de pago debe hacerse 3 días hábiles o más antes de la fecha programada de la transferencia. Si llama a esta solicitud, también podemos solicitarle que envíe su solicitud por escrito y que nos la envíe dentro de los 14 días posteriores a su llamada.

**Responsabilidad de AFS:** Si nos ordena que detengamos uno de estos pagos 3 días hábiles o más antes de que se programe la transferencia, y no lo hacemos, seremos responsables de sus pérdidas.

**Responsabilidad del pagador:** la cancelación, la suspensión de su tarjeta de crédito o cuenta corriente o fondos insuficientes para cubrir su pago mensual pueden afectar sus pagos recurrentes autorizados y su capacidad para completar el Programa de rehabilitación de préstamos estudiantiles. Notifique a nuestra oficina al menos con 3 días hábiles de anticipación si cree que no tiene fondos suficientes para cubrir su pago, de modo que podamos intentar detener el pago y coordinar un método de pago diferente.

**Tarifas:** su institución financiera puede imponer tarifas de transacción en el curso normal de los negocios, o una tarifa cada vez que un cargo se devuelve sin pagar y no somos responsables por esas tarifas.

**Confidencialidad:** Divulgaremos información a terceros sobre su cuenta o las transferencias que realice: (i) cuando sea necesario para completar las transferencias, o (ii) para cumplir con la agencia gubernamental o las órdenes judiciales, o (iii) Si nos da su permiso por escrito.

**Esta comunicación es de un cobrador de deudas. Este es un intento de cobrar una deuda y cualquier información obtenida será utilizada para ese fin.**

**Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con su representante al 888-253-4239.**

# Programa de Rehabilitación

## Tu Guía Personal

Para completar el Programa de Rehabilitación, se deben lograr los siguientes pasos con ...

- Precisión ..... usando un bolígrafo negro o azul
- Oportunidad..... cumplir su meta a tiempo con su representante
- Pasión..... para crear una nueva oportunidad

Imprime este documento como referencia. Esto describe qué formularios necesita para completar el programa. También lo utilizará para planificar sesiones con su especialista de cuenta.

\*\*\* Llame a su Especialista de Cuenta con cualquier pregunta que tenga\*\*\*

<u>Objetivo</u>	<u>Nombre del Documento</u>	<u>Fecha de Terminación</u>
1: Estado Financiero (Complete este paso con su Especialista de cuenta)	FIS Statement (Divulgación financiera para documentación de pagos razonables y asequibles)	<input type="text"/>
2: Talones de Cheque (2 más reciente) (Usa el ingreso bruto y asegúrate de que las copias sean claras ... incluye su cónyuge si está casado)		<input type="text"/>
3: Identificar el ingreso bruto ajustado (AGI) (Declaración de impuestos 1040-firmar físicamente 1040-solo tiene que incluir si no está enviando talones de cheque)		<input type="text"/>
4: Otro tipo de ingreso (Haga una lista en las líneas 3-7. Mande prueba... carta de concesión, etc.)	Documentos probablemente necesarios (certificación de otro tipo de ingreso)	<input type="text"/>
5: Si su ingreso mensual total es \$ 0 (En la línea 9 y escriba el nombre de quién lo apoya, su relación con usted y dónde trabajan o cómo se mantienen)		<input type="text"/>
6: Otras obligaciones financieras (Haga una lista en las líneas 10-21 y solo envíe pruebas para líneas 14, 15 y 17-20)		<input type="text"/>
7: Autorización de pago (Envíe Fax 1(844) 965-9229 o mande correo electrónico, luego llámé a su Especialista de cuentas) (5 páginas: complete y devuelva las páginas 1 y 2)	Formulario de Autorización Recurrente	<input type="text"/>
8: Envíe sus documentos terminados (Envíe por fax al 1-844-965-9229 o correo electrónico seguro)		<input type="text"/>
9: Entrar su Arreglo de pago (Complete este paso con su Especialista de Cuenta)		<input type="text"/>
10: Carta de Acuerdo de Rehabilitación (Envíe Fax o correo electrónico, luego llámé a tu Especialista de cuentas)		<input type="text"/>

\*\*\* (Número de teléfono 888-253-4239, Fax# 1-844-965-9229, Email – mailadmin@actionfinancial.us.com) \*\*\*