

# Solicitud para Préstamo Personal

Si desea conocer el pago mensual, consulta [CompuCoop](#)

**Para beneficiar a los usuarios de Internet, imprima esta solicitud y envíela por correo o fax a la sucursal de su preferencia.**

Dirección Postal  
PO BOX 1865  
Arecibo PR 00613-1865

Sucursal Oficina Central	Fax: 787-650-0103
Sucursal Santana	Fax: 787-881-2720
Sucursal 65th Infantería	Fax: 787-257-0955
Sucursal Ave. Domenech	Fax: 787-751-0132
Sucursal Bayamón	Fax: 787-474-2674

Servicio Solicitado:

- Préstamo Nuevo  
 Renovación

Propósito: \_\_\_\_\_

Cantidad Solicitada:\$ \_\_\_\_\_

Término (meses): \_\_\_\_\_

Sucursal de preferencia:

- Oficina Central, Arecibo  
 Sucursal Santana, Arecibo  
 Sucursal Ave. Domenech, Hato Rey  
 Sucursal 65th Infantería, Río Piedras  
 Sucursal Bayamón

## INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Cerca de que vive \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Estado Civil:  casado  separado  no casado (incluye soltero, viudo, divorciado)

Nombre del conyugue \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Dependientes \_\_\_\_\_ Edades Dependientes \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación:  Licencia de Conducir  Otros \_\_\_\_\_

Lugar de emisión \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Fecha Vencimiento \_\_\_\_\_

Posee Auto:  Sí  No Marca y Modelo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Pago \$ \_\_\_\_\_

Tiene Deuda:  Sí  No Nombre de la Institución \_\_\_\_\_

Su residencia es:  Propia  Alquilada  Vive con familia  Otra \_\_\_\_\_

Si es alquilada, indique el pago mensual por este concepto: \$ \_\_\_\_\_

Si es propia, tenedor de la hipoteca: \_\_\_\_\_

Años en esta dirección: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_

Dirección Anterior (si ha residido menos de 3 años): \_\_\_\_\_

¿Incapacidad?  Sí  No Razón \_\_\_\_\_

¿Tiene tutor?  Sí  No Razón \_\_\_\_\_

*"Usted no está obligado a informar ingresos provenientes de pensión alimentaria o manutención, excepto que usted interese que se consideren como parte de sus ingresos para el repago del préstamo solicitado"*

### Referencias Bancarias

Nombre del Banco \_\_\_\_\_  
Nombre del Banco \_\_\_\_\_  
Nombre del Banco \_\_\_\_\_

Cuenta de Ahorros  Sí  No  
Cuenta de Ahorros  Sí  No  
Cuenta de Ahorros  Sí  No

---

### INFORMACION DE EMPLEO DEL SOLICITANTE

Empleo-Nombre del patrono o empresa: \_\_\_\_\_  
Dirección postal del empleo: \_\_\_\_\_  
Dirección física del empleo: \_\_\_\_\_  
Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_  
Posición: \_\_\_\_\_ Jefe Inmediato: \_\_\_\_\_  
Años en el empleo: \_\_\_\_\_ Salario Mensual bruto: \_\_\_\_\_

---

### OTROS INGRESOS

Concepto: \_\_\_\_\_  
Tiempo devengando otros ingresos: \_\_\_\_\_ Cantidad: \$ \_\_\_\_\_  
 Semanal  Bimestral  Quincenal  Mensual

---

### INFORMACION DEL CO-SOLICITANTE

Nombre \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
Cerca de que vive \_\_\_\_\_  
Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Estado Civil:  casado  separado  no casado (incluye soltero, viudo, divorciado)  
Nombre del conyugue \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de Dependientes \_\_\_\_\_ Edades Dependientes \_\_\_\_\_  
Tipo de Identificación:  Licencia de Conducir  Otros \_\_\_\_\_  
Lugar de emisión \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Fecha Vencimiento \_\_\_\_\_  
Posee Auto:  Sí  No Marca y Modelo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Pago \$ \_\_\_\_\_  
Tiene Deuda:  Sí  No Nombre de la Institución \_\_\_\_\_  
Su residencia es:  Propia  Alquilada  Vive con familia  Otra \_\_\_\_\_  
Si es alquilada, indique el pago mensual por este concepto: \$ \_\_\_\_\_  
Si es propia, tenedor de la hipoteca: \_\_\_\_\_  
Años en esta dirección: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_  
Dirección Anterior (si ha residido menos de 3 años): \_\_\_\_\_  
¿Incapacidad?  Sí  No Razón \_\_\_\_\_  
¿Tiene tutor?  Sí  No Razón \_\_\_\_\_

---

### INFORMACION DE EMPLEO DEL CO-SOLICITANTE

Empleo-Nombre del patrono o empresa: \_\_\_\_\_  
Dirección postal del empleo: \_\_\_\_\_  
Dirección física del empleo: \_\_\_\_\_  
Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_  
Posición: \_\_\_\_\_ Jefe Inmediato: \_\_\_\_\_  
Años en el empleo: \_\_\_\_\_ Salario Mensual bruto: \_\_\_\_\_

**Para consolidar deudas favor de detallar las mismas (tarjetas, préstamos, financieras, etc.)**

Nombre(s) de la(s) Institución(es) financiera(s)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Referencias**

Nombre de Familiar cercano (que no viva con usted) \_\_\_\_\_

Dirección Física \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_ Tel. Residencia \_\_\_\_\_

Lugar Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_

Certifico que la información suministrada es cierta y correcta. Autorizo a la Cooperativa de A/C Dr. Manuel Zeno Gandía a investigar mi historial de crédito y comprobar las referencias aquí contenidas, declaraciones u otra información obtenida de mi o de cualquier otra persona con referencia a mi crédito y responsabilidad financiera con el propósito de concederme este préstamo. Autorizo a divulgar a cualquier agencia de información de crédito obtenida respecto a su experiencia de crédito con los suscribientes.

*Notificación de E.C.O.A:*

La "Ley Federal de Igualdad de Oportunidad en el Crédito" prohíbe que los acreedores discriminen contra solicitantes de crédito por razones de raza, color, sexo, religión, origen de nacionalidad, estado civil, edad, (si el contratante tiene capacidad legal para contratar), porque todo o parte del ingreso del solicitante se derive de un programa público de ayuda o porque el solicitante, de buena fe, ha ejercido cualquier derecho bajo la "Ley de Protección de Crédito del Consumidor".

La Ley Federal "Fair and Accurate Credit Transactions Act. 2003" requiere que notifiquemos la siguiente información: Nosotros podemos reportar información negativa acerca de su cuenta a las agencias de informes de crédito. Los pagos tardíos, los pagos omitidos u otras faltas sobre su cuenta pueden ser reflejados en su informe de crédito.

El brindar información falsa con el propósito de defraudar a la Cooperativa se considera como una violación al artículo 9.05, Apartado (b) párrafo 2 de la Ley Núm. 255 del 28 de octubre de 2002, Ley de Sociedades Cooperativas de Ahorro y Crédito de 2002.

Esta solicitud pasa a ser propiedad de la Cooperativa y no será devuelta al solicitante.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Co-Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

<b>Para Uso Exclusivo de la Cooperativa</b>	
Recibido por _____	Fecha _____
Procesado por _____	Fecha _____
Firma del Oficial _____	Fecha _____
Firma del Oficial _____	Fecha _____
<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Denegado <input type="checkbox"/> Pendiente	Cantidad Aprobada \$ _____
_____	_____
_____	_____