



FINANCIAL CORPORATION

## SOLICITUD DE CRÉDITO

Estimado cliente: Favor de llenar en letra de molde

NOMBRE DEL AGENTE	NÚMERO DE CUENTA	AGENTE NUM. C.S.
-------------------	------------------	------------------

MERCANCÍA	Comfort Pedic
-----------	---------------

					SEGURO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--	--	--	--	--------	--

PRECIO DE CONTADO	\$ 6,555	PRONTO PAGO EN EFECTIVO	\$ 2,555	TOMADO A CUENTA	\$	BALANCE	\$ 4,753.83	Plazos Mensualas NUM. 36 \$
-------------------	----------	-------------------------	----------	-----------------	----	---------	-------------	-----------------------------

## SOLICITANTE

NOMBRE JULIO LARA CON COD LARA VILLANUEVA	Fecha de Nacimiento 1990-05-08	NUM. SEGURO SOCIAL 456-78-9212	<input checked="" type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO	TELEFONOS : 787-785-3235 HOGAR : Móvil NEGOCIO : _____
--	-----------------------------------	-----------------------------------	---	--

DIRECCIÓN URB MONTANEZ A7 CALLE A	CALLE	CIUDAD	ESTADO Bayamón	ZIP CODE 00958	NUM. DEPENDIENTES	<input type="checkbox"/> Propia Tiempo: <input type="checkbox"/> Alquilado _____ años
--------------------------------------	-------	--------	-------------------	-------------------	-------------------	--

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DEUDOR HIPOTECARIO O DUEÑO DE LA PROPIEDAD	PAGO MENSUAL DE RENTA \$
---	--------------------------

DIRECCION ANTERIOR	<input type="checkbox"/> Propia Tiempo: <input type="checkbox"/> Alquilado _____ años
--------------------	--

## TRABAJO DEL SOLICITANTE Y/U OTROS TRABAJOS

PATRONO Trabaja	OCUPACIÓN CAJERA	TELÉFONO	Cuánto Tiempo: 5
--------------------	---------------------	----------	------------------

DIRECCIÓN WALGREENS	CALLE	CIUDAD	ESTADO Bayamón	ZIP CODE 958	SUELDO MENSUAL 1500
------------------------	-------	--------	-------------------	-----------------	------------------------

No incluya ingresos por concepto de pensión alimenticia, a menos que desee se consideren como fuente para el pago de esta obligación.	Estas pensiones alimenticias se reciben conforme a: <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> Convenio Escrito <input type="checkbox"/> Acuerdo Verbal	Cantidad \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
---	--	-------------	--

PATRONO ANTERIOR	DIRECCIÓN	OCUPACIÓN	Cuanto Tiempo _____ años
------------------	-----------	-----------	-----------------------------

## INFORMACION CONYUGE-SI APLICA

NOTA El solicitante deberá proveer la información requerida sobre el cónyuge si la contestación es "SI" a una o más de las preguntas a continuación.

1. El cónyuge firmará el acuerdo del contrato. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. Solicitante cuenta con los ingresos del cónyuge (o propiedad común) para pagar. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
3. Solicitante cuenta con pensión alimenticia, sostenimiento del hijo por el cónyuge (o cónyuge anterior) para pagar esa obligación SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

NOMBRE CÓNYUGE JANICE NICOLE LARA VILLA	Fecha de Nacimiento 08 de de mayo de 1980	NUM. SEGURO SOCIAL 456-45-6451
--	--	-----------------------------------

DIRECCIÓN URB MONTANEZ 190 CASA #212	CALLE	CIUDAD	ESTADO Bayamón	ZIP CODE 00954	TEL RESIDENCIA 787-785-4545	TEL OFICINA	Cuanto Tiempo _____ años
---	-------	--------	-------------------	-------------------	--------------------------------	-------------	-----------------------------

PATRONO Retirado	SUELDO MENSUAL 2500
---------------------	------------------------

DIRECCIÓN	CALLE	CIUDAD	ESTADO	ZIP CODE	OCUPACIÓN	Cuanto Tiempo 5 años
-----------	-------	--------	--------	----------	-----------	-------------------------

## REFERENCIAS DE CREDITO (INDIQUE NOMBRE Y NUM. DE CUENTA.)

T A C R E D I T O	ACREEDOR	NÚMERO DE CUENTA	O T R O S	ACREEDOR	NÚMERO DE CUENTA

BANCO	DIRECCION DEL BANCO	<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Prestamos
-------	---------------------	---

MARCA Y AÑO DEL AUTO	NUM. LICENCIA DE CONDUCIR	NUM. TABLILLA	FINANCIADO POR:
----------------------	---------------------------	---------------	-----------------

PARIENTE(S) MÁS CERCANO(S) QUE NO VIVEN CON USTED	DIRECCIÓN COMPLETA	TELÉFONO HOGAR	PARENTESCO
---	--------------------	----------------	------------

- 1.
- 2.

Favor de Firmar	Los suscribientes por la presente manifiestan y certifican que todo lo antes expuesto es correcto según nuestro mejor entender y que World Financial Corporation retendrá esta solicitud fuera o no aprobada la misma. Por la presente se autoriza a World Financial Corporation verificar el historial de crédito y de empleo de los suscribientes y a divulgar a cualquier agencia de información operada respecto a sus experiencias de crédito con los suscribientes.
-----------------	---

Firma del deudor principal	Firma del Cónyuge (SI Aplica)
----------------------------	-------------------------------

(SOLAMENTE PARA USO DEL BANCO)		
Fecha recibida	DECISIÓN	
POR.	NUM. OFICIAL	FECHA