



Date/Fecha: _____

PLEASE COMPLETE ALL THE BOXES / POR FAVOR DE LLENAR TODAS LAS PREGUNTAS

Applicant Name / Nombre del Solicitante	Birthdate / Fecha de Nacimiento	Social Security # / Numero de Seguro Social	Driver's License / Numero de Licencia de Conducir	Exp. Date / Fecha de Expiración
---	---------------------------------	---	---	---------------------------------

Physical Address / Direccionamiento Físico	Apartment / Departamento	City / State / Zip / Ciudad / Estado / Código Postal	How long? / Tiempo de Residencia
--	--------------------------	--	----------------------------------

Mailing Address / Direccionamiento Que envía	City / State / Zip / Ciudad / Estado / Código Postal
--	--

Residence / Su residencia es: 1. Owned / Propia <input type="checkbox"/> 2. Rented / Alquilada <input type="checkbox"/> 1. House / Casa <input type="checkbox"/> 2. Apartment / Departamento <input type="checkbox"/> 3. Other / Otro <input type="checkbox"/>	Home Phone # / Teléfono de Casa	Work Phone # / Teléfono del Trabajo	Cell Phone # / Teléfono Celular
Email			

Current Landlord / Propietario actual de su casa	Address / Dirección	City / State / Zip / Ciudad / Estado / Código Postal	Phone # / Teléfono
--	---------------------	--	--------------------

Employer / Centro de trabajo	Job Title / Cargo que desempeña	Address / Dirección	City / State / Zip / Ciudad / Estado / Código Postal
------------------------------	---------------------------------	---------------------	--

_____ Military Status / Estado Militar	Self / Uno mismo <input type="checkbox"/>	Active / Activo <input type="checkbox"/>	Reserve / Reserva <input type="checkbox"/>	Retired / Retirado <input type="checkbox"/>
Initials _____	Spouse / Esposo <input type="checkbox"/>	Active / Activo <input type="checkbox"/>	Reserve / Reserva <input type="checkbox"/>	Retired / Retirado <input type="checkbox"/>
Initials _____				

Time at Job / Tiempo en el trabajo	Take home pay / Lleva el dinero a casa y cuanto	Additional Income / Ingresos adicionales	Work / Trabaja	Pay Period / Recibe su pago
Months / Meses _____	Direct deposit / Deposito directo en su Banco Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/>	Source:	1. Full Time / A tiempo completo <input type="checkbox"/>	1. Once a week / Una vez por semana <input type="checkbox"/>
Years / Años _____		Pension / Pensión Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> SSI / Ingresos mediante el Seguro Social Yes / Si <input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/>	2. Part Time / A tiempo parcial <input type="checkbox"/>	2. Bi-weekly / Cada dos semanas <input type="checkbox"/>
Day of week paid / Día de la semana que le pagan	Shift / Turno	Department / Área o Departamento	3. Unemployed / No trabaja <input type="checkbox"/>	3. Once a month / Una vez al mes <input type="checkbox"/>
			Supervisor / Supervisor	4. 15th & 30th Last day of Month <input type="checkbox"/>
			Phone # / Extension / Teléfono / Extensión	

Have you declared bankruptcy in the past 7 years? yes _____ no _____ Date _____ Initials _____

Are you currently in process of filing bankruptcy? yes no _____ Initials _____

If yes please explain: _____

HOW DID YOU HEAR ABOUT US? / COMO SE ENTERO ACERCA DE NOSOTROS? THE GUIDE PHONE BOOK NEWSPAPER FLYER FRIENDS RIDING BY
LA GUÍA GUÍA TELEFÓNICA PERIODICO FOLLETOS AMIGOS REFERIDO POR

AT LEAST TWO OF THE THREE REFERENCES MUST BE RELATIVES WHO DO NOT LIVE IN THE SAME HOUSEHOLD. PLEASE FILL IN ALL THREE. / POR LO MENOS DOS DE LAS TRES REFERENCIAS DEBEN SER PARIENTES QUE NO VIVEN EN LA MISMA CASA. POR FAVOR LLENAR LAS TRES REFERENCIAS.

Name / Nombre	Address / Dirección	City / State / Zip / Ciudad / Estado / Código Postal	Phone # / Teléfono	Relationship / Parentesco
1.				
2.				
3.				

1. CREDIT COUNSELING SERVICES ARE AVAILABLE TO CONSUMERS WHO ARE EXPERIENCING FINANCIAL PROBLEMS. IF YOU ARE IN A FINANCIALLY DIFFICULT SITUATION, YOU MAY CONTACT A NON-PROFIT CREDIT COUNSELING SERVICE SUCH AS MONEY MANAGEMENT INTERNATIONAL. THE PHONE NUMBER IS 1-800-493-2222.
2. A NEW REGULATION BY THE DEFENSE DEPARTMENT EFFECTIVE 10/1/2007 RESTRICTS US FROM LENDING TO MILITARY PERSONNEL, SPOUSES OR THEIR DEPENDENTS.

1. SI USTED SE ENCUENTRA EN DIFICULTADES FINANCIERAS. PUEDE CONTACTAR EL SERVICIO DE CONSEJERÍA EN CRÉDITOS DE INSTITUCIONES SIN FINES DE LUCRO, COMO EL CENTRO DE DINERO DE ADMINISTRACIÓN INTERNACIONAL, EL NUMERO DE TELÉFONO ES EL 1-800-493-2222.
2. UNA NUEVA REGULACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE DEFENSA EFECTIVO 10/01/2007 NOS LIMITA EL SERVICIO AL PERSONAL MILITAR, ESPOSAS O SUS DEPENDIENTES.

RELEASE OF ADDRESS (LOCATION) INFORMATION

The undersigned below hereby consent(s) to the release of information concerning my (our) address or location. In particular, this release shall permit the disclosure of such information regarding the undersigned in possession of any agency or department of any state government or the United States of America, or of any other person or agency, or my (our) current or past employer. This release shall be effective for 24 months for the date below. I (we) understand that certain state and federal laws exist which protect my (our) right to privacy by restricting access to state and federal agency files, or files held by third parties. My (our) signature(s) below indicate that I (we) have knowingly and voluntarily waived protection of the state, federal, and common-law right to privacy laws for the limited purpose of proving address information.

Name _____ Date _____

READ THE STATEMENT BEFORE SIGNING: I certify that the information supplied by me on this form is true and correct. I authorize verification of the truthfulness of all information contained herein, including contact with any person or firm listed above, and fully release all parties from all liability for any damage that may result. Any false statement made above shall be sufficient basis for rejection of this order.

I HAVE READ AND UNDERSTAND THE STATEMENTS AS WELL AS DECLARATIONS 1-2.

Name: _____ Date: _____

If this is rejected, I may request the reason(s) for same by sending a self-addressed, stamped envelope requesting the reason(s) to:
EZ LOANS, 28273 Dupont Blvd., Millsboro, DE 19966

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (SITUACIÓN) PROPORCIONADA

Por la presente, el (los) abajo firmante(s), autoriza (mos) la publicación de la información proporcionada concerniente a mi (nuestra) dirección o situación. En particular, esta publicación, permitirá la revelación de cierta información, concerniente al (a los) abajo firmante(s), que este en posesión de cualquier agencia o departamento de gobierno, o de los Estados Unidos de América, o de cualquier otra persona o agencia, o mi (nuestro) actual o antiguo empleador. Esta publicación podría ser efectiva por 24 meses desde la fecha abajo indicada. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que existen ciertas leyes del estado o federales, la cuales protegen mi (nuestro) derecho a la privacidad restringiendo el acceso a expedientes de las agencias del estado o federales, o expedientes poseídos por terceras personas. Mi (nuestras) firma(s) abajo indica(n) que yo (nosotros) a sabiendas y voluntariamente renuncio (amos) a la protección de las leyes comunes, federales o del estado que me otorgan el derecho a la privacidad y que limitan el propósito de probar la información proporcionada.

Nombre _____ Fecha _____

LEER LA SIGUIENTE DECLARACIÓN ANTES DE FIRMARLA: Yo certifico que la información proporcionada en este formato es verdadera y correcta. Yo autorizo la verificación de la autenticidad de toda la información contenida aquí, incluyendo el contacto o comunicación con cualquier persona o empresa arriba indicadas y la completa revelación a todas la partes de todas las responsabilidades que por cualquier daño pudiesen resultar. Cualquier información falsa hecha arriba será suficiente base para el rechazo de esta orden.

He leído y entiendo las declaraciones así como accesos 1-2 arriba.

Nombre: _____ Fecha: _____

Si esta orden es rechazada, yo puedo solicitar la(s) razón(es) por igual, enviando un sobre con estampilla y dirección solicitándolas a:
EZ LOANS, 28273 Dupont Blvd.
Millsboro, DE 19966