



Indiana Housing & Community Development Authority

CONTRATO DE PLAN DE AHORRO DE CUENTA DE DESARROLLO INDIVIDUAL

Nombre del participante: _____

Agencia administradora: _____

Nombre del administrador: _____

Fecha de cierre del premio: _____

Este Acuerdo del Plan de Ahorro de Cuenta de Desarrollo Individual (“Acuerdo”) describe mis responsabilidades como Participante y lo que se puede esperar de la agencia administradora relacionada con el programa de Cuenta de Desarrollo Individual (“IDA”) de Indiana (el “Programa”).

El participante acepta:

Establecer una cuenta de ahorros individual (IDA): Acepto abrir una cuenta de ahorros dentro de las 4 semanas posteriores a la firma de este Acuerdo. Entiendo que la cuenta de ahorros es una “cuenta de custodia”, lo que significa que la agencia administradora mencionada anteriormente actuará en mi nombre como custodio de los fondos en la cuenta, de acuerdo con los requisitos del Programa. **Entiendo que solo una persona en mi hogar puede establecer una IDA.** El administrador de la IDA abrirá una cuenta de contrapartida que contendrá los fondos de contrapartida del Estado. **Entiendo que no se me debe dar acceso a una tarjeta de débito, cajero automático, banca telefónica, banca en línea u otros servicios bancarios en línea y que si obtengo acceso a la cuenta por cualquiera de estos medios y retiro fondos de la cuenta de contrapartida, se me solicitará que reembolse estos fondos, puedo ser descalificado de otros programas de IHCDa y/o sujeto a enjuiciamiento.** Entiendo que si obtengo acceso a la cuenta de ahorros personal y retiro fondos sin la aprobación de mi agencia administradora, seré expulsado del programa.

Ahorros regulares: Acepto hacer un esfuerzo sincero para realizar depósitos regulares de ahorros, de la manera seleccionada a continuación, en esta cuenta de ahorros con mis ingresos ganados, según se define en la sección 911(d)(2) del Código de Rentas Internas de 1986. Entiendo que puedo ser descalificado del Programa si no cumple con mi obligación mínima de ahorros regulares. Además, soy consciente de que si no realizo un depósito, debo comunicarme inmediatamente con el Administrador de IDA de la agencia administradora para analizar mi situación.

Opciones de obligación de ahorro regular (seleccione una):

- Depósitos semanales
- Depósitos quincenales
- Depósitos mensuales
- Depósitos trimestrales
- Depósitos semestrales
- Depósitos anuales

Talleres: Acepto asistir y completar la capacitación sobre educación financiera y objetivos de activos específicos **dentro del año** posterior a la inscripción en el programa. Entiendo que si no completo estas capacitaciones se me prohibirá acceder a los fondos IDA para usarlos en mi objetivo de activos y/o seré expulsado del Programa.

Designación de un uso: Entiendo que debo elegir un objetivo de activos en este momento, sin embargo, también entiendo que tendrá la oportunidad de cambiar mi objetivo de ahorros y activos en un momento posterior, si es necesario.

Objetivo del activo (seleccione uno):

- Educación/Capacitación laboral:** (matrícula, gastos de laboratorio, costo de libros, costos de computadoras y software, pago de alojamiento y comida a una institución acreditada y otros costos relacionados)
- Compra de vivienda:** (para comprar una residencia principal, ubicada en Indiana para el Participante o para un dependiente del Participante)
- Capitalización de pequeñas empresas:** (iniciar una pequeña empresa ubicada en Indiana o comprar o expandir una pequeña empresa existente ubicada en Indiana)
- Reparación ocupada por el propietario:** (to perform necessary repairs on a primary residence, located in Indiana)
- Compra de vehículo:** (compra de un vehículo para empleo, capacitación laboral o educación)

Costo aproximado de compra del activo objetivo: \$ _____

Plan de Ahorro:

	Ahorros anuales proyectados	Ganancias anuales proyectadas por contrapartida	Ahorros anuales totales y contribuciones equivalentes
Año 1			
Año 2			
Año 3			
Año 4*			
Total			

*Se recomienda encarecidamente a los participantes que mantengan su plan de ahorro en tres años y que solo utilicen un cuarto año en circunstancias excepcionales.

Plan de trabajo de ahorro y presupuesto: Acepto desarrollar un plan de trabajo de ahorro y presupuesto y hacer un esfuerzo sincero para cumplir con los objetivos establecidos en este plan. Acepto ponerme en contacto (en persona o por teléfono) con el administrador de IDA al menos una vez cada tres (3) meses para analizar el progreso hacia estos objetivos.

Retiros: Entiendo que puedo hacer un retiro de mi cuenta de ahorros y/o de contrapartida, **solo cuando lo autorice la agencia administradora** (excepto los retiros como resultado de un proceso legal). También entiendo que debo presentar mi solicitud de retiro al menos dos (2) semanas antes de la fecha en que se necesiten los fondos. Además, comprendo que los retiros para la compra de activos están condicionados a mi cumplimiento de las obligaciones de mi plan de ahorros y otros requisitos aplicables del Programa, según lo describa mi Administrador de IDA. **Comprendo que si realizo una compra de activos con mis propios fondos (no de IDA), no podré recibir un reembolso con fondos de ahorros o fondos de contrapartida de IDA.**

Retiros de emergencia: Si se me permite hacer un retiro de emergencia, los fondos de contrapartida pueden permanecer en mi cuenta de contrapartida si se cumplen los siguientes criterios:

- 1) Debo volver a depositar los fondos retirados para el retiro de emergencia en mi cuenta dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha del retiro de emergencia.
- 2) Los depósitos adicionales de mis ingresos ganados en mi cuenta no serán elegibles para ser igualados hasta que reemplace el monto total retirado para el retiro de emergencia.

Si no vuelvo a depositar los fondos del retiro de emergencia en mi cuenta dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha de retiro, perderé mis fondos de contrapartida en proporción directa a la tasa de contrapartida (utilizada al momento del depósito de los fondos) y al monto del retiro de emergencia. Estos fondos se devolverán a la Autoridad de Vivienda, Comunidad y Desarrollo de Indiana ("IHCDA").

Enmiendas a este Acuerdo de Plan de Ahorro: Este Acuerdo de Plan de Ahorro puede ser enmendado o modificado únicamente mediante un documento escrito firmado por ambas partes.

Retiro no autorizado o uso no autorizado de los fondos de la IDA: comprendo que cualquier retiro no autorizado (por emergencia o por cualquier otro motivo) puede dar lugar a mi exclusión inmediata del Programa. También comprendo que, si me expulsan del Programa, recibiré únicamente el dinero que haya ahorrado, más los intereses generados por mis ahorros, y perderé el derecho a recibir fondos equivalentes o los intereses generados por dichos fondos equivalentes. Una vez que cierre mi cuenta, perderé el derecho a participar en el Programa nuevamente en el futuro.

Reembolsaré de inmediato a la agencia administradora o a la IHCDA los fondos de contrapartida que haya utilizado para fines distintos del objetivo de activos que identifiqué en este Acuerdo de Plan de Ahorro. También reembolsaré de inmediato a la agencia administradora o a la IHCDA los fondos de contrapartida que haya obtenido mediante falsificación, robo, fraude o tergiversación.

Términos del programa: Entiendo que debo usar todos los fondos de contrapartida para un objetivo de activos aprobado antes de la fecha de cierre de la adjudicación o correré el riesgo de perder todos los fondos de contrapartida.

Evaluación/supervisión del programa: Acepto participar en la evaluación del programa, facilitada por la agencia administradora o IHCDA, que puede incluir completar una encuesta o participar en una entrevista individual o grupal. También acepto cooperar en la supervisión del programa realizada por la agencia administradora o IHCDA, que puede incluir proporcionar documentación adicional sobre ingresos o documentación adicional sobre la compra de activos.

Estados de cuenta: La agencia administradora, institución financiera o banco me enviará estados de cuenta periódicos que documentan el estado de mi cuenta.

Desembolso de fondos de contrapartida: Entiendo que siigo todas las normas y regulaciones del Programa, cumple con el objetivo de ahorro necesario para comprar el activo seleccionado y completo toda la capacitación requerida, la agencia administradora desembolsará fondos de contrapartida a un proveedor externo (es decir, compañía de títulos, institución educativa o proveedor de equipos comerciales), en mi nombre, para la compra del activo.

Desembolso de los fondos de los beneficiarios: La agencia administradora distribuirá el saldo de mi IDA personal y los fondos de contrapartida, según corresponda, de conformidad con el IC 4-4-28-7 tras mi muerte. Si el beneficiario es un miembro de mi familia y reúne los requisitos para una cuenta IDA, tanto los ahorros de la IDA como los fondos de contrapartida se transferirán a una nueva IDA, dentro de los noventa (90) días posteriores a mi muerte. Si el beneficiario no es un miembro de mi familia o no reúne los requisitos para una IDA o no la desea, la agencia administradora distribuirá el saldo de mis ahorros de la IDA personal, menos los fondos de contrapartida, directamente al beneficiario designado.

Proceso de quejas: IHCDA ofrece un proceso para cualquier persona que participe en el Programa y tenga una queja con el Programa. De acuerdo con el IC 4-4-28-15, si se le niega a la persona participante la autorización para retirar dinero, dicho participante puede apelar la decisión de la agencia administradora ante IHCDA según las reglas adoptadas por la autoridad de conformidad con el IC 4-22-2. Puede comunicarse con IHCDA por correo electrónico a IDA@ihcda.in.gov o por teléfono al (317) 232-7777.

Todas las partes acuerdan: Bajo pena de perjurio y fraude, las partes que suscriben este documento acuerdan cumplir con todas las normas y reglamentos del Programa y cumplir con todas las responsabilidades como participante o agencia administradora, según corresponda, y como se describe en este documento. Cada parte certifica que tiene la autoridad para ejecutar este Acuerdo del Plan de Ahorros y hacer que este Acuerdo del Plan de Ahorros sea plenamente vinculante para las partes.

Firma del participante

Fecha

Agencia administradora:

Por _____

Titulo _____

Fecha _____

Testigo

Fecha