

# Self-Help Enterprises COVID-19 Solicitud de COVID-19 para Asistencia con utilidades

## Instrucciones y Lista de Verificación

**Solicitudes completadas deben enviarse a: [covidrelief@selfhelpenterprises.org](mailto:covidrelief@selfhelpenterprises.org)**

o por FAX ATTN: COVID RELIEF (559) 651-3634 FAX

Línea de asunto debe incluir su nombre, apellido, y la ciudad donde vive.

“Por ejemplo – John Smith, Visalia Asistencia de COVID”

*Este programa se basa en situaciones de emergencia y se dará prioridad a los solicitantes que demuestren dificultades verificables causadas directamente por COVID-19. Las solicitantes deben ser elegibles por ingresos. La asistencia disponible puede ayudar a cubrir los costos de Servicios de Utilidades Publicas. Este Programa puede ayudarlo con hasta tres (3) meses consecutivo de Servicios de Utilidades Publicas, pero es limitado a \$1,000 por hogar.*

## **Todas las aplicaciones deben incluir:**

- Una solicitud **completada** que incluya una firma de cada adulto en el hogar (18 años o más)
  - La solicitud
  - Auto certificación de Ingresos
  - Declaración Jurada de duplicación de beneficios que incluya una firma de cada adulto en el hogar (18 años o más)
- Identificación con foto para cada adulto en el hogar (18 años o más)
- Comprobante de Ingresos para todas las personas en el hogar
  - Ultimos 30 días de ingresos de Talones de cheque, comprobantes de beneficios de desempleo, comprobante de beneficios para adultos y menores, u otra explicación de ingresos actuales
- Factura(s) actuales de las utilidades

**Las solicitudes deben enviarse en su totalidad, esto incluye todo los comprobantes/documentos necesarios. Las solicitudes incompletas resultaran en un retraso en el procesamiento**

**Los pagos se envían directamente a las compañías de utilidades**

Si tiene preguntas sobre la solicitud, los documentos necesarios, u otra cosa relacionada a este programa de Asistencia mande un correo electrónico a: [covidrelief@selfhelpenterprises.org](mailto:covidrelief@selfhelpenterprises.org) o llame (559) 802-1600

Solicitud de asistencia de utilidades

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

Nombre de solicitante: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

teléfono alternativo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio completo: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

¿recibe asistencia de la sección 8? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

MIEMBROS DEL HOGAR: (viven en la casa):

	Solicitante	Miembro #1	Miembro #2	Miembro #3	Miembro #4	Miembro #5
<b>Nombre</b> <i>(Primer, Ultima)</i>						
<b>Fecha de Nacimiento</b>						
<b>Edad</b>						
<b>Género</b>						
<b>Educación</b> <i>(el nivel más alto)</i>						
<b>Seguro medico?</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

OTROS BENEFICIOS:

Tipo	Cantidad de beneficios	Tipo	Cantidad de beneficios
<i>Ej: CalFresh</i>	<i>\$250.00</i>		

A. Beneficios totales del Hogar: \$ \_\_\_\_\_

INGRESOS MENSUALES ACTUALES

DEL HOGAR:

Nombre del miembro del hogar	Tipo de ingreso (empleo, desempleo, otros beneficios)	Cantidad total de ingresos ANTES de impuestos	Frecuencia de Ingreso <i>(semanalmente, mensualmente, cada dos semanas, o dos veces al mes)</i>
<i>EJEMPLO</i>	<i>Empleo</i>	<i>\$2,000</i>	<i>Dos veces al mes</i>

Ingreso total del hogar (mensual) \$ \_\_\_\_\_ x 12 meses = B. Ingreso Anual Total del Hogar \$ \_\_\_\_\_

Utilidades			
Utilidad:	compañía & Número de cuenta:	Cantidad:	Cantidad solicitad:
Electricidad			1.
Gas			2.
Agua			3.
Servicios públicos (basura, drenaje, y agua para algunas ciudades)			4.

**C. Cantidad TOTAL solicitada (1+2+3+4):** \_\_\_\_\_

*Tenga en cuenta que el máximo por hogar es de \$1,000, indique que gastos son su prioridad (1. Siendo Primero y. 2. Siendo el siguiente) para mejor distribuir los fondos*

**La Dificultad:**

Explique la dificultad que su hogar está pasando y como se relaciona a COVID-19. (Ejemplo: Si perdió su trabajo por COVID-19, o horas reducidas en el trabajo, etc.)

Favor de incluir CUANDO la dificultad empezó, y COMO ha impactado a su hogar, y PORQUE no puede pagar los gastos solicitados en la aplicación.

**CERTIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN: (si mas de tres firmas se necesitan, use el espacio abajo)**

Aplicabilidad de SHE: Es necesario obtener, conservar y proporcionar, si se solicita, información personal de clientes que reciben ayuda financiera del programa. Certifico que mi hogar está experimentando actualmente una dificultad económica y necesita ayuda. SHE tiene mi autorización para examinar todos los registros de empleo, ingresos, hipotecas y otros registros pertinentes a mi solicitud de financiación del programa y para hacer un pago directo en mi nombre. Mi firma certifica que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma de solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de co-solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de co-solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# AUTOCERTIFICACIÓN de ingresos para

Ciudad /  Pueblo /  Condado de \_\_\_\_\_ **CDBG Actividad Financiada**

Nombre del Servicio Público: CDBG-CV1 COVID-19 Programa de Pago de Subsistencia

Página 1 a llenar por el Participante

## Parte I: Participante confidencial / HUD del Beneficiario información Demográfica

(Esta sección es voluntaria.)

<b>Etnicidad</b> (seleccione uno)	<input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Hispano
<b>Raza</b> (seleccione uno)		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Am./Naivo de Alaska Nat. Y Blanco	
<input type="checkbox"/> Negra/Africana Americana	<input type="checkbox"/> Asian & White	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano Y Blanco	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Indio Am./Alaska Y Negro/Africano	
<input type="checkbox"/> Nat. de Hawai/Otro isla de Pacifico.	<input type="checkbox"/> Otras Razas	
<b>Otros Datos Demográficos</b> (seleccione todo lo que se aplica)		
<input type="checkbox"/> Jefa de Familia	<input type="checkbox"/> Soltero / No Adulto Mayor	
<input type="checkbox"/> Participante está deshabilitado	<input type="checkbox"/> Relation/Padre Soltero	
<input type="checkbox"/> Veterano	<input type="checkbox"/> Relation/Dos Padres	
<input type="checkbox"/> Adulto Mayor	<input type="checkbox"/> Otro ( _____ )	

## Parte II: Participante confidencial / Certificación de Ingresos del Beneficiario

(Debe ser completado y firmado antes de proporcionar servicio público.)

El tamaño total de mi familia consiste de \_\_\_\_\_ miembros, y el total de ingresos brutos anuales\* para todos los miembros adultos es \$ \_\_\_\_\_. (sección B de la página 1)

\* Los ingresos brutos anuales deben incluir todas las fuentes de ingresos (salarios, manutención de hijos, SSI, desempleo, pensiones, ingresos de activos, etc., pero no incluyen los ingresos de la ayudate de vivienda, per 24 CFR 5.403).

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa a mi mejor conocimiento. Soy consciente de que hay sanciones por dar información intencional y consciente sobre una solicitud de fondos federales o estatales, que pueden incluir el reembolso inmediato de todos los fondos federales o estatales recibidos y / o procesamiento bajo la ley. Entiendo que la información en este formulario está sujeta a verificación por parte del personal estatal o federal como parte de la supervisión del cumplimiento.

**Información del Participante /Beneficiario:**

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

Nombre (imprimir): \_\_\_\_\_

## Duplicación de la Declaración Jurada de Beneficios ("Declaración Jurada")

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_ afirmamo/s lo siguiente:

1. Yo/Nosotros en ejecución de esta Declaración Jurada en relación con la asistencia que estamos recibiendo para ayudarnos responder al coronavirus proporcionándonos asistencia con pagos de alquiler, hipoteca o servicios públicos ("**Tipo de Asistencia**") con el propósito de evitar la ejecución hipotecaria, desalojo, o desconexión de servicios públicos ("**Necesidad**") en la cantidad de \_\_\_\_\_ ("**Cantidad de Asistencia o Necesidad Total**") de Self-Help Enterprises ("**Organización**") a través de un programa administrado por la ciudad de Avenal de fondos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos ("**Programa**").

2. Yo/Nosotros creo que **Cantidad de Asistencia/Necesidad Total** es \_\_\_\_\_ (Sección C de la página 2)

3. Además, yo/nosotros he/hemos recibido o recibiré los siguientes montos y tipos de asistencia de las fuentes enumeradas a continuación ("Asistencia Duplicada"):

(a) **Sección A de la página 1 - Beneficios**

<b>Fuente de Fondos #1</b>	
<b>Propósito</b>	
<b>Cantidad</b>	

(b)

<b>Fuente de Fondos #2</b>	
<b>Propósito</b>	
<b>Cantidad</b>	

(c)

<b>Fuente de Fondos #3</b>	
<b>Propósito</b>	
<b>Cantidad</b>	

4. Necesidad Total Insatisfecha (2- (3(a) + 3(b) + 3(c))) \$ \_\_\_\_\_.

5. Yo/Nosotros he/hemos recibido ningún otro fondo de asistencia para la necesidad enumerada en el párrafo 1 que no sea la establecida anteriormente en el párrafo 3.

6. Sección 312 de la Ley de Asistencia de Emergencia y Socorro de Desastres de Robert T. Stafford (42 U.S.C. 5155), modificada por el artículo 1210 de la Ley de Reforma de la Recuperación de Desastres de 2018 (división D de Ley Pública 115-2 254; 132 Stat. 3442). prohíbe a las agencias federales proporcionar asistencia a cualquier persona por "cualquier parte de dicha pérdida" en la que haya recibido asistencia financiera bajo cualquier otro programa o de un seguro o cualquier otra fuente (como, FEMA, SBA, cruz roja, la ciudad, seguro del propietario de negocios, etc.).

**Duplicación de la Declaración Jurada de Beneficios ("Declaración Jurada")**

- 7. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que la cantidad de asistencia recibida por Self-Help Enterprises debe reducirse por la cantidad de Asistencia Duplicada recibida o que será recibida por la Necesidad, de otras fuentes (como FEMA, SBA, la Cruz Roja, el seguro de propietario de vivienda de la Ciudad, etc.) para el mismo propósito.
  
- 8. Por lo tanto, yo/nosotros entiendo que si recibo ayuda de una fuente distinta a las Empresas de autoayuda (como FEMA, SBA, la Cruz Roja, la Ciudad, el seguro de propietario de vivienda, etc.) para la necesidad del mismo propósito, debemos pagar la asistencia recibida de Self-Help Enterprises.
  
- 9. Yo/Nosotros certifico/calasificamos bajo sanciones estatales y federales por perjurio y fraude que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa y reconocen que el reembolso de toda la asistencia recibida por yo/nosotros de [*Insertar Nombre del Subreceptante*], el pago de multas y/o encarcelamiento puede ser requerido en el caso de que yo/Nosotros proporcione información falsa, incompleta o engañosa en esta Declaración Jurada o durante el resto de este proceso. **Al ejecutar esta Declaración Jurada, los Solicitantes reconocen y entienden que el Título 18 del Código de los Estados Unidos Sección 1001: (1) hace que sea una violación de la ley federal para una persona para falsificar, ocultar o encubrir a sabiendas e intencionalmente un hecho material; (b) hacer cualquier declaración o representación materialmente falsa, ficticia o fraudulenta; O (c) hacer o usar cualquier escritura o documento falso sabiendo que contiene una declaración materialmente falsa, ficticia o fraudulenta o epresentación, a cualquier rama del Gobierno de los Estados Unidos; y (2) requiere una multa, prisión por no más de cinco (5) años, o ambos, que pueden ser declarados delito grave, por cualquier violación de dicha Sección.**

Participante \_\_\_\_\_

Firma de Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Participante \_\_\_\_\_

Firma de Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_