



SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS FAMILIARES DE EMERGENCIA

Descripción del Programa

El Programa de Ayuda de Utilidad de la Familia de Emergencia asistirá a familias que han sido afectadas por COVID-19 con el gas, eléctrico, telefónico (línea de tierra), teléfono celular y pagos de Internet (pagos de ayuda de utilidad).

SBCS proporcionará pagos de asistencia de servicios públicos para facturas vencidos y corrientes que datan del 17 de marzo de 2020, hasta tres veces, por un tope máximo de \$1,000, basado en la necesidad. Esta ayuda de emergencia ayudará a los residentes de National City que no pueden pagar sus cuentas de servicios públicos debido a una dificultad financiera relacionada con COVID-19.

ELEGIBILIDAD: Para ser considerado para el programa, debe cumplir con cada uno de los siguientes factores calificados que se enumeran a continuación y completar esta solicitud.

1. Debe ser residente de National City
2. Gane en o por debajo del 80% del ingreso medio del área (ver gráfico en la página siguiente)
3. Ser una familia que se define como tener al menos un dependiente menor que reside en el hogar
4. Tener dificultades financieras relacionadas con COVID-19. Esto incluye la pérdida de ingresos debido a la pérdida de trabajo, la reducción de horas, el cumplimiento de la salud pública a la cuarentena propia, proporcionar atención a un menor de edad que reside en el hogar.

PREGUNTAS: Por favor dirija sus preguntas al National City Family Resource Center llamando al (619) 336-8360, enviando un correo electrónico a utilityassistance@csbcs.org, o visitando su oficina ubicada en 304 W. 18th St. National City, CA 91950.

ENVÍE LA SOLICITUD a South Bay Community Services por correo electrónico a utilityassistance@csbcs.org, entregue su solicitud al National City Family Resource Center ubicado en 304 W. 18th St. National City, CA 91950, de lunes a viernes, de 8:00 am a 12:00 pm y 1:00 pm a 5:00 pm. Las solicitudes se procesarán por orden de llegada hasta que se terminen los fondos. Las solicitudes deben incluir todos los documentos solicitados para poder avanzar en el proceso de revisión

INFORMACION DE SOLICITANTES

Dirección de National City: _____
(Dirección física; no apartado de correos)

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| ¿Cuál es el número total de personas en su hogar? | | |
| ¿La mujer es cabeza de familia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Necesidades especiales/discapacitadas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Eres mayor de edad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Estás sin hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Cuál es el ingreso anual total combinado (antes de impuestos) de todos los miembros de su hogar? | | |
| Impacto de COVID-19: ¿Mi ingreso ha sido afectado sustancialmente por COVID-19? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Usted o su familia reciben alguna ayuda pública? Marque todas las casillas que correspondan. | | |
| <input type="checkbox"/> Almuerzo gratis o reducido | <input type="checkbox"/> SDG&E Cares Program | <input type="checkbox"/> Sección 8 |
| <input type="checkbox"/> CalFresh | <input type="checkbox"/> TANF | <input type="checkbox"/> Medicaid |

Por favor revise esta solicitud cuidadosamente . Las aplicaciones incompletas se colocarán en la parte inferior de la lista de espera

Su cooperación para completar este formulario es solicitada. El mantenimiento de registros en los ingresos de los participantes en este Programa es una condición para recibir fondos federales para el programa. La información proporcionada en este formulario permanecerá confidencial, pero puede ser verificada a la verificación por agencias locales y federales responsables.



SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS FAMILIARES DE EMERGENCIA

Información de ingresos: _____

| Tamaño del hogar | En o menos del 30% de IMA* | Más del 30% al 50% de IMA* | Más del 50% al 80% de IMA* | Más del 80% de IMA* |
|------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$24,300 | <input type="checkbox"/> \$24,301 - \$40,450 | <input type="checkbox"/> \$40,451 - \$64,700 | <input type="checkbox"/> \$64,700 & Above |
| 2 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$27,750 | <input type="checkbox"/> \$27,751 - \$46,200 | <input type="checkbox"/> \$46,201 - \$73,950 | <input type="checkbox"/> \$73,951 & Above |
| 3 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$31,200 | <input type="checkbox"/> \$31,201 - \$52,000 | <input type="checkbox"/> \$52,001 - \$83,200 | <input type="checkbox"/> \$83,200 & Above |
| 4 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$34,650 | <input type="checkbox"/> \$34,651 - \$57,750 | <input type="checkbox"/> \$57,751 - \$92,400 | <input type="checkbox"/> \$92,401 & Above |
| 5 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$37,450 | <input type="checkbox"/> \$37,451 - \$62,400 | <input type="checkbox"/> \$62,401 - \$99,800 | <input type="checkbox"/> \$99,801 & Above |
| 6 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$40,200 | <input type="checkbox"/> \$40,201 - \$67,000 | <input type="checkbox"/> \$67,001 - \$107,200 | <input type="checkbox"/> \$107,200 & Above |
| 7 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$43,000 | <input type="checkbox"/> \$43,001 - \$71,650 | <input type="checkbox"/> \$71,651 - \$114,600 | <input type="checkbox"/> \$114,601 & Above |
| 8 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$45,750 | <input type="checkbox"/> \$45,751 - \$76,250 | <input type="checkbox"/> \$76,251 - \$122,000 | <input type="checkbox"/> \$122,001 & Above |

(Nota: *Los ingresos medios de área mencionados anteriormente son para 2020, y se liberan nuevos límites cada año. Para obtener información actualizada, vaya a <https://www.hudexchange.info/resource/5334/cdbg-income-limits/> límites de ingresos para el área de San Diego.)

ORIGEN: Por favor marque la casilla de abajo que describe su etnia familiar.

| | | |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Hispano/Latino (a) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|

RAZA: Por favor marque la casilla que mejor describe su raza familiar.

| Categorías de Raza Unica | Múltiples Categorías de Raza |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Negro / Africano Americano | <input type="checkbox"/> Asiático y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Negro/ Africano Americano Y Blanco |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio Americano y Negro/ Africano Americano |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái /Otra Isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otra raza: |

DECLARACION DEL SOLICITANTE: Por la presente certifico que la información en este formulario es exacta y completa. Entiendo que esta autocertificación puede estar sujeta a una verificación adicional por parte de la agencia que proporciona servicios, la ciudad o el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos. Por lo tanto, autorizo dicha verificación, y presentaré documentos justificativos, para incluir documentación sobre todas las fuentes de ingresos si es necesario. ADVERTENCIA: El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Numero de Telefono: _____ Correo electrónico: _____

¿Cuál es su contacto preferido? Telefono Correo electrónico Texto



City of National City CARES ACT CDBG-CV funded
**PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA
PARA SERVICIOS PÚBLICOS PARA LA FAMILIA
Documentación de Elegibilidad**

ENVÍE EL FORMULARIO FIRMADO Y LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA a South Bay Community Services por correo electrónico a utilityassistance@csbcs.org, o puede dejar los documentos en persona en National City Family Resource Center ubicado en 304 W. 18th St. National City, CA 91950, Lunes a Viernes, 8:00 am a 12:00 pm y 1:00 pm a 5:00 pm.

Asistencia Pública

Si usted está recibiendo cualquiera de los beneficios marcados en su solicitud, proporcione una prueba: (Almuerzo gratis o reducido, CalFresh, Programa SDG&E Cares, Sección 8 Vivenda, TANF, Medicaid)

***Si ninguno de los programas mencionados anteriormente se aplica, proporcione una copia de su Declaración de Impuestos de 2019 competita.**

****Si no tiene una Declaración de Impuestos de 2019, proporcione un comprobante de ingresos antes de Marzo de 2020.**

Dificultad Financiera

Por favor explique cómo COVID-19 creó una dificultad financiera para usted y su hogar:

Identificación

Proporcione una copia de su identificación (identificación con foto, pasaporte) y cualquier miembro del hogar puesto en la factura de servicios.

Composición del Hogar

¿Tiene 1 (uno) o más hijos menores en su hogar? Si es así, por favor indique los nombres y fechas de nacimiento de todos los niños menores a continuación:

Factura de Servicios Públicos

Adjunte una copia de su factura de servicios públicos más reciente (es decir, gas, electricidad, teléfono, celular e Internet). Si el nombre o la dirección de su factura no coincide con la solicitud, explique a continuación:

Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma

Fecha