

**Condado de McLennan and Corporación de Avance de Oportunidades
Económicas**

Programa De Asistencia De Emergencia Para Renta

El Programa de Asistencia de Alquiler de Emergencia ayuda con el alquiler y los pagos de servicios públicos para ayudar a las familias en crisis que se han visto afectadas por COVID-19 debido a la pérdida de empleos y la reducción de ingresos. La asistencia incluye ayuda para familias de bajos ingresos que califican y cumplen con las pautas de ingresos establecidas por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano con asistencia de alquiler y servicios públicos para prevenir y evitar desalojos y personas sin hogar.

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

- Solicitud de Admisión COMPLETADA
- Licencia de identificación estatal para el jefe de hogar
- Paquete de alquiler del propietario completado
- Copia de Arrendamiento
- Factura de servicios públicos actual, si se necesita asistencia
- Copia de fuentes de ingresos

RECUERDE: Una vez recibida la solicitud con TODOS los documentos justificativos, se tramitará en el orden recibido, y por prioridad. Hasta que se procese su solicitud, usted es responsable de sus facturas de alquiler y servicios públicos y de cualquier cargo por pago atrasado aplicado. Una vez que se procese la solicitud, se le notificará si califica para recibir asistencia. Toda la asistencia está sujeta a la disponibilidad de fondos.

La aplicación y todos los documentos solicitados se pueden devolver en persona, por correo, correo electrónico o fax.

- Dirección: 500 Franklin Ave, Waco, TX 76701
- Correo electrónico: communityservices@eoacwaco.org
- Fax: (254) 756-7664

This project is being supported in whole, or in part, by Federal Award Number ERAE0151 awarded to McLennan County by the U.S. Department of the Treasury.

Solicitud de Asistencia

Ingrese la informacion completamente. POR FAVOR USE TINTA AZUL OSCURA O NEGRO. No llenar la aplicacion por completo, proporcionar toda la documentacion requerida y las firmas demoraran el procesamiento de su aplicacion.

Numero de Cliente

INFORMACION DEL APLICANTE:							
Apellido del Solicitante:			Nombre del Solicitante:			Fecha:	Condado:
Direccion fisica:			Ciudad:			Estado:	Código postal:
Direccion de envio:			Ciudad:			Estado:	Código postal:
Teléfono:			Celular / teléfono alternativo:			Correo electrónico:	
INFORMACION DEL HOGAR – Lista jefe del hogar seguida por todos los miembros que viven en el hogar							
POR FAVOR USE LOS SIGUIENTES CODIGOS PARA COMPLETAR LA PARTE 2							
Raza: Blanco, Afroamericano, Asiatico, Multi, Indio Americano, No Respuesta							
Seguro Medico: Privado, Empleador, Medicaid, Medicare, Militar, CHIP, Ninguna.							
Situacion Militar: Militar Activo, Veterano, Desconocido							
Yo Mismo	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)
2	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)
3	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)
4	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)
5	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)
6	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)
7	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)
8	Nombre: Apellido, Nombre, Segundo Nombre			Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Raza	Hispano (S/N)
	Discapacitado(S/N)	Situacion Militar	Nivel de Educacion	Relacion	Seguro Medico	Edad	Genero (F/M)

FUENTES DE INGRESOS: Indique TODOS los ingresos de adultos y niños mayores de 18 años durante los últimos 30 días

Identifique los ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes:

	Circule Sí o No		\$ por Mes	Cuantas veces al Mes
	Sí	No		
Salario de Empleo	Sí	No		
Propinas y Bonificaciones	Sí	No		
Comisiones y Honorarios	Sí	No		
Regalos Recurrentes	Sí	No		
Servicio de Veteranos conectado	Sí	No		
Servicio de Veteranos sin servicio conectado	Sí	No		
Pensión alimenticia u otro apoyo conyugal	Sí	No		
Intereses / Dividendos	Sí	No		
Seguridad Social	Sí	No		
Ingreso suplementario de seguridad (SSI)	Sí	No		
Ingreso por discapacidad de la seguridad social (SSDI)	Sí	No		
Fondos de Jubilacion	Sí	No		
Pension	Sí	No		
Beneficios de Desempleado	Sí	No		
Compensacion Laboral	Sí	No		
TANF/AFDC	Sí	No		
Beneficios de Comida del SNAP	Sí	No		
Medicare/Medicaid	Sí	No		
Discapacidad Privada	Sí	No		
Manutencion de los hijos (anticipada, voluntaria, ordenada por el tribunal) (independientemente de si se paga)	Sí	No		
Otro	Sí	No		

Beneficios no monetarios: identifique los ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes

Ayuda de Guarderia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ayuda de Vivienda	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	HUD-VASH	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
LIHEAP (Climatizacion)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Vivenda de Apoyo Permanente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
WIC	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Otro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

INFORMACION DE VIVENDA

Tipo: Casa Privada Casa Movil Apartamento Subsidiado/Vivenda Publica

Dueno: Sí No \$ _____ por Mes

Renta: Sí No \$ _____ por Mes

Utilidades Incluidas: Sí No

Si paga renta, ¿Cual es el nombre y telefono del Dueño? _____

Direccion del Dueño: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

TIPO DE HOGAR

<input type="checkbox"/> Persona Soltera	<input type="checkbox"/> Dos Adultos NO niños	<input type="checkbox"/> Madre Soltera	<input type="checkbox"/> Adultos no relativos con niños
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hogar de Dos Padres	<input type="checkbox"/> Padre Soltero	<input type="checkbox"/> Hogar Multigeneracional

INFORMACION DE UTILIDADES		
Compania Electrica:	# de Cuenta:	__ Calentar __ Enfriar __ Los dos
Compania de Gas Natural:	# de Cuenta:	__ Calentar __ Enfriar __ Los dos
Compania de Propano:	# de Cuenta:	__ Calentar __ Enfriar __ Los dos
Compania de Agua:	# de Cuenta:	__ Calentar __ Enfriar __ Los dos
Tipo de Aire Acondicionado: (circule una) Central Evaporador De Ventana Ningun	Tipo de Calentador: (circule una) Central Calentador Electrico Chimenea Calentador Portatil Calentador de Pared Ningun	
INFORMACION PRIORITARIA		
	Circule Una	
¿Hay alguien en el hogar que tenga 60 años o más?	Sí	No
¿Hay alguien en el hogar discapacitado?	Sí	No
¿Hay niños de 5 años o menos en el hogar?	Sí	No
¿Alguien en la casa es un veterano?	Sí	No
¿Alguna vez ha recibido servicios con EOAC?	Sí	No
¿Está dispuesto a participar activamente y comprometerse a reunirse con un administrador de casos para aumentar el nivel de ingresos / educación?	Sí	No

CONFLICTO DE INTERESES	
1. ¿Hay alguien en el hogar que actualmente se desempeñe como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo o designado de Economic Opportunities Advancement Corporation? SI / NO	
Si afirmativo, identifique quien y el rol _____	
2. ¿Hay alguien en el hogar relacionado con alguien que es empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo o nombrado de Economic Opportunities Advancement Corporation? SI / NO	
Si afirmativo, identifique quien y el rol _____	
<i>SOLO PARA USO DE LA OFICINA: Si hay un conflict de intereses, esta aplicacion requiere la firma del Director Ejecutivo.</i>	
Firma del Director de Programa: _____	Fecha: _____
Firma del Director Ejecutivo: _____	Fecha: _____

AUTORIZACIONES Y DIVULGACION DE INFORMACION
1. La información del hogar es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.
2. Entiendo que el ingreso bruto de mi hogar está anualizado en el momento de la solicitud, de acuerdo con las normas y procedimientos preestablecidos de la agencia para recibir asistencia.
3. Autorizo a el Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas y Economic Opportunities Advancement Corporation a solicitar y verificar información sobre mis facturas de servicios públicos y / o combustible, tanto pasadas como futuras, en la medida en que la información se use solo para proporcionar datos.
4. Soy un solicitante de Economic Opportunities Advancement Corporation y doy mi permiso para divulgar y verificar toda la información solicitada y entiendo que se mantendrá en estricta confidencialidad para ser utilizada solo para fines del programa. Entiendo que la fotocopia de este comunicado es tan válida como la original.

5. Doy permiso para que se tomen fotografías con fines de identificación, proyectos, publicaciones, boletines y actividades promocionales para Economic Opportunities Advancement Corporation. Doy permiso para que mis comentarios se utilicen en proyectos, publicaciones, boletines y actividades promocionales de Economic Opportunities Advancement Corporation.
6. Entiendo que la asistencia no está garantizada y continuaré haciendo pagos en mi factura.
7. Entiendo que si cambio de compañía de servicios públicos, debo notificar al trabajador social en un plazo de 5 días hábiles de mi nueva empresa de servicios públicos y el número de cuenta con el nombre en la cuenta. Si no notifico a Economic Opportunities Advancement Corporation de mi nueva empresa de servicios públicos, perderé los pagos adeudados. Cuando se proporciona la información, cualquier asistencia restante puede ser reincorporada.
8. Certifico que recibí un Consejos de conservación de energía (Folleto, Calendario, librete, tarjetas de juego, etc.).
9. Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una denegación de elegibilidad, la cantidad de asistencia recibida o una demora en la entrega del servicio.
10. ENTIENDO QUE SOY SUJETO A PROSECCIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRADULENTE.

Certifico que la información en esta solicitud es correcta y también entiendo que el recibo o la asistencia a través de declaraciones falsas o fraudes se puede castigar con una multa o prisión.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Administrador de Casos: _____ Fecha: _____

DECLARACION DE INGRESOS

Nombre del Solicitante	Apellido	Sufijo
Dirección	Ciudad	Código Postal

Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad ó mas, y que no tienen documentación de ingresos por los **30 días** antes del aplicar para asistencia.

Nombre	Ingreso Bruto Recibido
Nombre	Ingreso Bruto Recibido
Nombre	Ingreso Bruto Recibido
Nombre	Ingreso Bruto Recibido

Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por medio de tal razones:

Yo certifico que la información anterior de los ingresos es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Comprendo que la información será verificada en la medida de lo posible y que puedo estar sujeto a un procesp judicial por proporcionar información falsa ó fraudulenta.

Firma del Solicitante

Fecha

¿Te ha afectado la pandemia de Covid-19?

Víveres

- ¿Han aumentado sus costos de comestibles desde COVID?
- ¿Has tenido que comprar mascarillas, desinfectantes, guantes, etc.... para protegerse a sí mismo y a su familia?
- ¿Han aumentado los gastos del hogar debido a que más miembros del hogar, de lo habitual, están en casa?
- ¿Se han reducido los recursos alimentarios, como las comidas a domicilio o congregantes?
- ¿Ha tenido un aumento en el presupuesto de alimentos debido a la entrega y el servicio en la acera?

Cuentas

- ¿Han aumentado las tarifas de los servicios públicos?
- ¿Ha tenido que comprar cosas nuevas como Internet, puntos calientes, Wi-Fi, enrutadores, computadoras, pantallas, software para trabajar de forma remota o asistir a la escuela?
- ¿Han aumentado sus facturas de servicios públicos desde que se queda más en casa?
- ¿No has podido pagar el alquiler?
- ¿Has tenido que mudarte?
- ¿Ha tenido un aumento en los gastos del hogar por esta pandemia?
- Si no recibe asistencia para el alquiler, ¿usted o alguien en su hogar necesitaría mudarse a un entorno de vida inseguro o insalubre, como una vida compartida o un refugio de emergencia?

Empleo

- ¿Ha habido una pérdida de empleo o reducción de horas para un miembro del hogar?
- ¿Usted o algún otro miembro del hogar ha calificado para los beneficios de desempleo?
- ¿Ha tenido una reducción o pérdida de los beneficios de desempleo?
- ¿Ha tenido que aceptar un trabajo con salarios más bajos de antes de la pandemia?
- ¿Tiene dificultades para encontrar trabajo en su campo?

Cuidado de niños/Cuidado familiar

- ¿Ha perdido el cuidado de los niños?
- ¿Ha tenido que quedarse en casa y /o rechazar el trabajo para cuidar a otros miembros de la familia?
- ¿Tiene miedo de ir a trabajar debido a la exposición de miembros vulnerables de la familia?

Transporte

- ¿Han aumentado los costos de transporte debido a la pérdida / reducción del transporte público debido a COVID?
- ¿Ha tenido un aumento en los costos de la gasolina debido a viajar a más tiendas para comprar máscaras, guantes, desinfectantes?

Médico

- ¿Ha tenido que buscar atención profesional debido a problemas físicos causados por COVID?
- ¿Ha tenido que comprar medicamentos recetados y otros equipos para lidiar con problemas médicos debido a COVID?
- ¿Ha tenido que hacerse la prueba de COVID?

Psicológico

- ¿Ha tenido que buscar atención profesional debido al estrés emocional y la ansiedad?
- ¿Ha tenido que comprar medicamentos recetados o suplementos para lidiar con problemas emocionales como la depresión, el estrés y la ansiedad?
- ¿Tiene dificultades para tener la confianza para solicitar empleo?
- ¿Te preocupa volver al trabajo y por lo tanto, lo has evitado?

Firma del Solicitante

Fecha