

# **ATENCIÓN SOLICITANTE CSBG**

***Solo las solicitudes COMPLETAS (con firmas) que incluyan TODA la información y documentación requeridas serán aceptadas y aprobadas por el comité.***

**Las solicitudes completadas pueden tardar hasta 7-10 días hábiles para que el comité tome una determinación.**

**Para que su solicitud sea procesada, deberá proporcionar lo siguiente:**

- Identificación válida con fotografía
- Prueba de **TODOS los** ingresos del hogar durante los últimos **tres (3) meses**  
**¡ESTO INCLUYE A EVER YONE QUE VIVE EN EL HOGAR!**
- Si solicita ayuda con las facturas:  
Proporcione la factura o facturas actuales completas.
- Si solicita ayuda con el alquiler:  
Proporcione carta de landlord con información de contacto y alquiler o un contrato de arrendamiento  
Tenga en cuenta que se le pedirá al propietario que complete un Formulario W-9 del IRS.
- Si tiene CERO ingresos, TAMBIÉN DEBE incluir el Formulario de Ingreso Cero.

**Si no proporciona toda esta información, se descalificará su solicitud.**

Por favor, no llame para obtener información sobre el estado de su solicitud. Se le notificará por teléfono o carta con respecto a la decisión del comité.

**No se distribuyen fondos directamente al cliente. Todos los pagos se realizarán directamente al proveedor.**

Consejo de Gobiernos del Área metropolitana de Arkansas:  
Samantha Hughes Coordinadora CSBG  
Samantha.Hughes@UAACOG.com  
3224-A Independence Rd. Canon City, CO 81212  
Para preguntas, llame al 719-275-1675 Fax 719-275-2907

## Directrices del programa CSBG

El propósito de este programa es ayudar a familias e individuos de bajos y muy bajos ingresos. **El programa puede ayudar en una emergencia una vez cada cinco años por persona / individuo / hogar.** Este programa tiene fondos limitados y no es **un programa de derechos.** Las siguientes reglas son para proporcionar pautas sobre cómo se dispersará el dinero. Las familias / hogares deben cumplir con el 200% de FPL, así como con otras pautas y requisitos.

### Income Eligibility Levels

For reference, the updated income eligibility levels through 2021 are listed below. The Federal Government will release updated Federal Poverty Guidelines in 2022 and this chart will be updated to reflect those updated guidelines.

Number of Persons in Family/Household	100% Federal Poverty Level	200% Federal Poverty Level
1	\$12,880	\$25,760
2	\$17,420	\$34,840
3	\$21,960	\$43,920
4	\$26,500	\$53,000
5	\$31,040	\$62,080
6	\$35,580	\$71,160
7	\$40,120	\$80,240
8	\$44,660	\$89,320
	Add \$4,540 for each additional person	For families/households with more than 8 persons add \$9,080

1. El solicitante debe cumplir con las pautas de ingresos de CSBG. **Cada solicitante debe proporcionar prueba de todos los ingresos del hogar durante los últimos tres (3) meses.**
2. Hay un límite por solicitante (familia / individuo / hogar); con una póliza de una vez cada cinco años, independientemente de la cantidad que reciba el solicitante.
3. Si la cantidad máxima cubre la totalidad de la factura, el solicitante debe mostrar cómo se pagará el resto. Si el comité considera que el solicitante no tiene los medios para pagar el resto de la factura, y que la asistencia del programa no rectificará la situación, puede optar por no aprobar la solicitud.
4. El solicitante debe demostrar que este no es un problema continuo.
5. El solicitante debe demostrar que ha tomado medidas para corregir el problema por su cuenta, es decir, que ha hablado con el acreedor / propietario y ha solicitado acuerdos de pago, etc.
6. Si el comité considera que la situación es el resultado de una mala planificación, vivir más allá de sus medios financieros regularmente o la falta de sostenibilidad futura, podemos optar por no aprobar la solicitud.
7. El comité tendrá el derecho de rechazar cualquier solicitud que no cumpla con las pautas anteriores.
8. El comité tendrá de 7 a 10 días hábiles para tomar su decisión. Cada solicitante será notificado por teléfono o por escrito de la decisión del comité.

- 9. Si no podemos comunicarnos con usted dentro de los 10 días posteriores a la revisión del comité, su solicitud se considerará denegada.
- 10. El comité se reserva el derecho de cambiar y/o enmendar las reglas/directrices mencionadas anteriormente.
- 11. Si su solicitud es denegada y tiene información adicional, debe completar una nueva solicitud para volver a solicitarla.
- 12. Cualquier falsificación de información es punible por la ley y automáticamente descalificará al solicitante de recibir asistencia ahora y en el futuro.
- 13. Una apelación de su determinación de solicitud está disponible. Póngase en contacto con Samantha Hughes para obtener información sobre la apelación.
- 14. El solicitante acepta permitir que UAACOG verifique cualquier información proporcionada con otras agencias y / o fuentes.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha del nombre

**DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA LEGAL**

Yo, \_\_\_\_\_

- \_\_\_ Soy ciudadano de los Estados Unidos,  
o
- \_\_\_ Soy residente permanente de los Estados Unidos,  
o
- \_\_\_ Estoy legalmente presente en los Estados Unidos de conformidad con la ley federal.

Entiendo que esta declaración jurada es requerida por la ley porque he solicitado un beneficio público, o soy un propietario único que celebra un contrato u orden de compra con el Estado de Colorado. Entiendo que la ley estatal me exige que proporcione pruebas de que estoy legalmente presente en los Estados Unidos antes de recibir este beneficio público o antes de celebrar un contrato con el Estado. Además, reconozco que hacer una declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaración jurada es punible bajo las leyes penales de Colorado como perjurio en segundo grado bajo el Estatuto Revisado de Colorado 18-8-503 y constituirá un delito penal separado cada vez que un beneficio público sea recibido fraudulentamente.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Nombre (por favor imprimir)

## Solicitud de subvención en bloque de servicio comunitario para asistencia

Esta hoja de información debe ser completada por aquellos que buscan servicios. Se conservará en el archivo para futuras referencias y fines demográficos. **TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL.**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de impresión: \_\_\_\_\_

Dirección física COMPLETA: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente a la anterior):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de asistencia solicitada: \_\_\_\_\_

Monto solicitado

\$ \_\_\_\_\_

Por favor, explique la situación (use papel adicional si está prohibido, no escriba en la parte posterior):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si el importe máximo concedido no cubrirá la totalidad de la factura cómo será el resto  
¿pagado? \_\_\_\_\_

¿Qué pasos ha tomado para resolver el problema por su cuenta?

¿Cómo evitará que ocurra una situación similar en el futuro?

Si recientemente ha dejado o perdido su trabajo, por favor explique:

Por favor, enumere sus dos últimos empleadores (nombre, número de teléfono y fechas de empleo):

Miembro del hogar	Nombre del empleador y cargo desempeñado	Fechas de empleo	Motivo de la salida	Número de teléfono de los empleadores

Persona de contacto de emergencia y número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál describe mejor su tipo de familia? (marque uno)

- Persona soltera
- Hombre monoparental
- Mujer monoparental
- Hogar de dos padres

Dos adultos sin niños

¿Cuál es su situación de vivienda? (marque uno)

- Poseer  
 Alquilar  
 Sin hogar  
 Otro (explicar): \_\_\_\_\_

## Total Hogar Income

Los ingresos deben ser revelados para todas las personas en el hogar que actualmente están recibiendo ingresos.

Por favor, marque esta casilla si **no recibe ingresos**.  
(Si marcó la casilla de arriba, deberá completar un formulario sin declaración de ingresos)

### Verifique y divulgue **TODAS las** formas de ingresos que recibe:

Por favor, enumere los nombres de individuals en el household que recibe, junto a la forma de ingresos recibidos.

	Quién está recibiendo	Cantidad recibida
<input type="checkbox"/>	Empleo (Bruto, antes de impuestos)	\$
<input type="checkbox"/>	TANF	\$
<input type="checkbox"/>	SSI (cantidad antes de las deducciones)	\$
<input type="checkbox"/>	Seguro Social (monto antes de cualquier deducción)	\$
<input type="checkbox"/>	Pensión	\$
<input type="checkbox"/>	Desempleo	\$
<input type="checkbox"/>	SSDI	\$
<input type="checkbox"/>	OAP	\$
<input type="checkbox"/>	VA	\$
<input type="checkbox"/>	Manutención de los hijos (si no se recibe, por favor explique)	\$
<input type="checkbox"/>	Cupones de alimentos (SNAP)	\$
<input type="checkbox"/>	Otros (explicar)	\$
		\$

Por favor, indique si tiene o está recibiendo alguno de los siguientes:

<input type="checkbox"/>	Sección 8 Asistencia de alquiler
<input type="checkbox"/>	WIA
<input type="checkbox"/>	Obras de Colorado
<input type="checkbox"/>	WIC
<input type="checkbox"/>	Agencia de Área sobre el Envejecimiento
<input type="checkbox"/>	Head Start
<input type="checkbox"/>	Other (Explicar)

**18 años o más- Sin estado de resultados**

Si es mayor de 18 años y no recibe ingresos, indique la razón de la falta de ingresos: (TODOS EN EL HOGAR MAYOR DE 18 AÑOS SIN INGRESOS)

Si está en la escuela, indique el nombre de la escuela y la fecha prevista de finalización:

**Por favor, verifique si alguien en su hogar ha solicitado lo siguiente:**

Registrado en workforce Center y está buscando activamente empleos:  
(entienda que el comité verificará)

Nombres:

---

---

---

Solicitado para WIC  
(entender que el comité verificará)

Nombres:

---

Solicitó asistencia de alquiler de la Sección 8 y está en espera lista. (entender que el comité verificará)

Nombres de las personas en lista de espera:

---

---

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Aplicado en DHS para TANF   |
| <input type="checkbox"/> | Solicitud en el DHS para cupones de alimentos   |
| <input type="checkbox"/> | Aplicado en DHS para familias seguras y estables  |
| <input type="checkbox"/> | Solicitó beneficios de manutención infantil   |
| <input type="checkbox"/> | Solicitó beneficios del Seguro Social   |
| <input type="checkbox"/> | Aplicado a otras organizaciones benéficas para obtener asistencia. Nombres de esas organizaciones benéficas |
| <input type="checkbox"/> | Solicitó financiamiento de la Agencia de Área sobre el Envejecimiento                                       |
| <input type="checkbox"/> | Solicitado OAP (Pensión de Vejez)   |

	SALTAR
	Otros (explique a continuación)

## Hoja de cálculo del presupuesto mensual: Gastos

Partida de gastos	Monto mensual
Vivienda (alquiler o hipoteca)	
Electricidad	
Calefacción - Gas u otro combustible	
Agua	
Aguas residuales	
Basura	
Teléfono	
Cable	
Internet	
Teléfono celular	
Mantenimiento y reparación del hogar	
Muebles y equipos para el hogar	
Pagos automáticos	
Seguro de Auto	
Gasolina	
Mantenimiento de automóviles	
Alimentos y comestibles (sin cupones de alimentos)	
Comida consumida fuera	
Ropa	
Suministros de lavandería	
Productos de Cuidado Personal / Higiene	
Cuidado de niños - guardería, preescolar	
Cuidado de niños - Pañales	
Cuidado de niños- fórmula, alimentos para bebés	
Seguro Médico	
Médico-Doctor (copagos)	
Médico-Dentista	
Prescripciones Médicas	
Alcohol	
Tabaco	
Diversión	
Educación o superación personal	
Préstamos estudiantiles en reembolso	
Pagos con tarjeta de crédito	
Día de pago / Préstamos de adelanto en efectivo	
Otros préstamos / gastos (especifique):	
<b>Total de Gastos Mensuales:</b>	

Complete lo siguiente para **TODOS** en su household. Para uso demográfico solo si se aprueba.

Nombre (primero y último)	Relación	Edad	Masculino o Femenino	Etnia / Raza (Blanco, Hispano, Negro, Nativo Americano, Asiático, Otros)	Último grado completado (solo adultos mayores de 24 años)	¿Deshabilitado? Y/N	¿Seguro de enfermedad? Y/N Por favor especifique (privado, Medicaid Medicare, etc.)
	Propio						

Lista de verificación de la aplicación. Todos estos documentos deben ser entregados con su solicitud. Su solicitud NO será aceptada sin estos documentos. Si está buscando asistencia de alquiler para un contrato de arrendamiento que aún no ha firmado, aún se requiere información de contacto del propietario y un W9 del propietario. Las citas médicas y dentales futuras necesitarán una carta del consultorio médico / dental con una cotización para el procedimiento y una fecha de cita.

**LAS PÁGINAS 2-9 DEBEN SER ENTREGADAS- FALTA DE DOCUMENTACIÓN O SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN DESCALIFICADAS**

- Todas las líneas de firma firmadas
- Todos los formularios completados y completados para todas las áreas aplicables
- Copia de identificación VÁLIDA
- Copia de la(s) factura(s), arrendamiento, hipoteca para la cual está solicitando asistencia
- Documentación de los últimos tres meses para todos los ingresos en el hogar (recibos de pago, pagos de manutención infantil, cartas de adjudicación)

- Cuenta de resultados cero (solo para mayores de 18 años sin ingresos; se puede encontrar en UAACOG.com en la pestaña CSBG)
- Formulario de divulgación de servicios públicos para aquellos que buscan asistencia de servicios públicos (se puede encontrar en UAACOG.com en la pestaña CSBG)