

ATENCIÓN SOLICITANTE CSBG

Solo las solicitudes **COMPLETAS** (con firmas) que incluyan **TODA** la información y el papeleo requeridos 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 con foto válida

Prueba de **TODOS** los ingresos del hogar durante los **últimos tres (3) meses**
ESTO INCLUYE A TODOS LOS QUE VIVEN EN EL HOGAR.

Si solicita asistencia con las facturas:
Proporcione toda la factura o facturas actuales.

Si solicita asistencia con el alquiler:
Proporcione una carta de landlord con información de contacto y alquiler o un contrato de arrendamiento
Tenga en cuenta que el arrendador deberá completar un formulario W-9 del IRS.

Si tiene CERO ingresos, también DEBE incluir el Formulario de Ingresos 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 sobre la decisión del comité.

No se distribuyen fondos directamente al cliente. Todos los pagos se realizarán directamente al proveedor. CSBG NO pagará depósitos y los pagos de alquiler no se realizarán a menos que el propietario verifique que el depósito se ha pagado PRIMERO.

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

Pautas 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 distribuirá el dinero. Las familias / hogares deben cumplir con el 200% de FPL, así como con otras pautas y requisitos.

2022 Poverty Guidelines for the 48 Continental United States

Number of Persons in Family/Household	100% Federal Poverty Level	200% of Federal Poverty Level (Effective through 9/30/2022)	125% of Federal Poverty Level (Effective after 9/30/2022)
1	\$13,590	\$27,180	\$16,988
2	\$18,310	\$36,620	\$22,888
3	\$23,030	\$46,060	\$28,788
4	\$27,750	\$55,500	\$34,688
5	\$32,470	\$64,940	\$40,588
6	\$37,190	\$74,380	\$46,488
7	\$41,910	\$83,820	\$52,388
8	\$46,630	\$93,260	\$58,288
	Add \$4,720 for each additional person	For families/households with more than 8 persons add \$9,440	For families/households with more than 8 persons add \$5,900

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 política de una vez cada cinco años, independientemente de la cantidad que reciba el solicitante. **No todas las solicitudes recibirán el monto máximo de la subvención.**
3. Si el monto máximo cubre toda 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 / arrendador y ha solicitado arreglos 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 presentar la solicitud.
12. Cualquier falsificación de información es punible por ley y automáticamente descalificará al solicitante de recibir asistencia ahora y en el futuro.
13. Una apelación de la determinación de su 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.

Nombre

Fecha

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 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 proporcionar 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 se reciba fraudulentamente un beneficio público.

Fecha de firma

Nombre (por favor imprima)

Solicitud de asistencia de subvención en bloque para servicios comunitarios

Esta hoja de información debe ser completada por aquellos que buscan servicios. Se mantendrá archivado 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): _____

Teléfono(s): __ __

Correo electrónico: _____

Tipo de asistencia solicitada: _ ____

Monto solicitado \$ _____

Por favor, escriba una narrativa de su situación actual y el motivo de su solicitud.

Si la cantidad máxima otorgada 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:

Indique sus dos últimos empleadores (nombre, teléfono # y fechas de empleo):

Miembro del hogar	Nombre del empleador y cargo ocupado	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 biparental
- Dos adultos sin niños

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

- Poseer
- Alquilar
- Sin hogar
- Otros (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 anterior, deberá completar un formulario de declaración de ingresos)

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

Sírvase enumerar los nombres de los individuos en el lugar que recibe, junto a la forma de ingresos recibidos.

	Quién recibe	Cantidad recibida
Empleo (bruto, antes de impuestos)		\$
TANF		\$
SSI (cantidad antes de deducciones)		\$
Seguro Social (cantidad antes de cualquier deducción)		\$
Pensión		\$
Desempleo		\$
SSDI		\$
OAP		\$
VA		\$
Manutención de los hijos (si no está recibiendo, por favor explique)		\$
Cupones de alimentos (SNAP)		\$
Otros (explicar)		\$
		\$

Sírvase indicar si tiene o está recibiendo alguno de los siguientes:

	Sección 8 Asistencia de alquiler
	WIA
	Colorado Works
	WIC
	Agencia del Área sobre el Envejecimiento
	Head Start
	Other (Explicar)

18 años o más- Sin cuenta de resultados

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

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

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

	Registrados en Workforce Center y están buscando empleo activamente: (entiendan que el comité verificará)
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nombres:

	Solicitado para WIC (entender que el comité verificará)
--	------------------------------------------------------------

Nombres:

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

Nombres de las personas en lista de espera:

	Aplicado en DHS para TANF
	Aplicado en DHS para cupones de alimentos
	Aplicado en DHS para familias seguras y estables
	Solicitó beneficios de manutención infantil
	Solicitó beneficios del Seguro Social
	Aplicado en otras organizaciones benéficas para obtener asistencia. Nombres de esas organizaciones benéficas ____
	Solicitó fondos de la Agencia del Área sobre el Envejecimiento

	Solicitado para OAP (Pensión de Vejez)
	SALTAR
	Otros (explicar a continuación)

Hoja de trabajo 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	
Pules - 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 de efectivo	
Otros préstamos/gastos (especificar):	

Total de gastos mensuales:	
-----------------------------------	--

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

Nombre (nombre y apellido)	Relación	Edad	Hombre o mujer	Etnicidad / Raza (Blanco, Hispano, Negro, Nativo Americano, Asiático, Otro)	Último grado completado (solo adultos mayores de 24 años)	¿Deshabilitado? S/N	¿Seguro de enfermedad? S/N Por favor especifique (privado, Medicaid, Medicare, etc.)
	Propio						

Lista de verificación de la aplicación. Todos estos documentos deben entregarse 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. CSBG NO puede pagar los depósitos. Los pagos de alquiler no se realizarán hasta que el propietario verifique que el depósito se pagó en su totalidad antes de que se realice el pago del alquiler. 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: LA FALTA DE DOCUMENTACIÓN O LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN DESCALIFICADAS.** Los clientes con solicitudes completas serán contactados para una entrevista y/o determinación.

- Todas las líneas de firma firmand
- Todos los formularios completados y completados para todas las áreas aplicables
- Copia de la identificación VÁLIDA
- Copia de la(s) factura(s), contrato de arrendamiento, hipoteca para la que 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)
- Declaración de ingresos 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 consultan la asistencia de servicios públicos (se puede encontrar en UAACOG.com en la pestaña CSBG)