

Asistencia de emergencia de CSBG: Condados de Fremont, Chaffee, Custer y Lake

Información importante para los solicitantes:

Solo se pueden aceptar y considerar solicitudes completas. Asegúrese de adjuntar lo siguiente antes de enviar su solicitud:

- ✓ Una identificación válida con foto emitida por el gobierno para todos los miembros del hogar mayores de 18 años y prueba de residencia del condado en el que está solicitando.
- ✓ Comprobante de ingresos familiares de los últimos 3 meses, por cada persona mayor de 18 años en el hogar.
- ✓ Se rellenan todas las páginas y líneas de firma y se entregan las páginas 1-8
- ✓ Envíe su factura, cotización de servicio, facturas, contrato de arrendamiento, estado de cuenta de hipoteca, etc. para su consideración.

| Alquilar | Hipoteca | Utilidades | Hotel de Emergencia | Médico | Dental | Visión | Reparación de automóviles | Aparato |
|--|--|--|--|---|---|---|--|---|
| <p>Copia del contrato de arrendamiento firmado.</p> <p><u>* Si se muda de nuevo, el depósito debe pagarse primero antes de que se puedan aplicar los servicios de CSBG.</u></p> <p>Los servicios de CSBG no se pueden utilizar para depósitos.</p> | <p>Copia de la declaración.</p> <p><u>Los servicios de CSBG no se pueden solicitar a menos que se pague primero algo que supere el monto de la subvención, ya que las compañías hipotecarias no aceptarán pagos parciales en un período de pago.</u></p> | <p>Copia de la declaración.</p> <p><u>Se requiere un formulario de divulgación de servicios públicos.</u> Esto se puede encontrar en uaacog.com> Services > CSBG</p> <p>*Para leña o propano, cotización de la empresa de llenado.</p> | <p>Carta del hotel indicando costo, fechas de entrada y salida.</p> <p>* Límite de estadía de 3 noches debido a daños estructurales en el hogar, situación de vivienda transitoria o huir de la violencia doméstica.</p> | <p>Copia de la declaración o plan de tratamiento con el costo después de aplicar el seguro.</p> | <p>Copia de la declaración o plan de tratamiento con el costo después de aplicar el seguro.</p> | <p>Copia de la declaración o plan de tratamiento con el costo después de aplicar el seguro.</p> | <p>Copia de cotización de 2-3 talleres de automóviles.</p> <p>* En el caso de los neumáticos, debe proporcionar una carta del taller que indique el estado de los neumáticos y el nivel de necesidad de reemplazo.</p> | <p>2-3 cotizaciones o comprobante de costo para reparación o reemplazo.</p> |

-Se debe informar a los solicitantes que este programa, la elegibilidad de ingresos y el alcance de sus servicios están sujetos a la disponibilidad y el cambio de fondos.

-Este no es un programa de asistencia en efectivo. Todos los pagos se realizan directamente al proveedor y no al cliente.

-Su solicitud puede tardar entre 7 y 10 días hábiles en procesarse.

-Este programa no puede pagar depósitos de ningún tipo.

Pautas del programa CSBG

El objetivo de este programa es sacar a una familia o individuo de la crisis y apoyar la estabilidad financiera y la autosuficiencia. El propósito de este programa es ayudar a las familias e individuos de bajos ingresos según lo definido por la Elegibilidad de Ingresos del Programa CSBG / Nivel Federal de Pobreza. *Esta directriz está sujeta a cambios.* Visite uaacog.com > Services > CSBG para encontrar la información más actualizada sobre la elegibilidad de ingresos.

1. El solicitante debe cumplir con las pautas de ingresos de CSBG. Cada solicitante debe proporcionar prueba de todos los ingresos en el hogar de cada persona mayor de 18 años.
2. El monto máximo de la subvención es de \$1000.00. Se debe advertir a los solicitantes que no todos los solicitantes recibirán el monto máximo de la subvención.
 - Este programa solo puede ayudar a un hogar una vez cada cinco años. *Esto está sujeto a cambios.* Esto es independientemente de la cantidad que reciba el solicitante.
3. Si el monto máximo de la subvención no cubre la totalidad de la solicitud, el solicitante debe poder proporcionar pruebas de que el solicitante puede administrar el resto antes de que el programa CSBG realice un pago, se estén ayudando recursos adicionales o se haya establecido un acuerdo de pago razonable con el proveedor.
 - Si el solicitante no puede demostrar que el importe superior al importe de la subvención no puede ser asistido con otros recursos o que el solicitante no puede gestionar el resto, la solicitud será denegada debido a la sostenibilidad futura.
 - Si el importe máximo de la subvención no rectifica la situación financiera, la solicitud será denegada.
4. Si se determina que la solicitud es un problema en curso o será un problema en curso, la solicitud será denegada.
5. El solicitante debe demostrar que ha tomado medidas para resolver el problema por su cuenta, como presentar un acuerdo de pago con el proveedor.
6. Si se determina que la solicitud es el resultado de una mala planificación, de vivir por encima de los medios financieros o de la falta de sostenibilidad futura, la solicitud será denegada.

7. El Coordinador de CSBG / el personal responsable de CSBG tienen el derecho de denegar cualquier solicitud que no cumpla con las pautas anteriores o solicitudes incompletas.
8. El comité tendrá de 7 a 10 días hábiles para tomar una determinación. Cada solicitante será contactado por teléfono o correo electrónico con la decisión.
9. Si no se puede contactar con el solicitante en un plazo de 10 días, la solicitud será denegada.
10. El Coordinador de CSBG / el personal responsable de CSBG tienen derecho a cambiar o enmendar las reglas y pautas mencionadas anteriormente.
11. Si su solicitud es denegada y tiene nueva información que proporcionar, debe presentar una nueva solicitud.
12. Cualquier información falsa descalificará automáticamente al solicitante para recibir asistencia ahora y en el futuro.
13. Está disponible una apelación de la determinación de su solicitud. Póngase en contacto con Samantha Hughes para obtener información sobre la apelación.

El solicitante está de acuerdo con las pautas mencionadas anteriormente y entiende que las pautas están sujetas a cambios.

X _____ Date _____

Divulgación de información:

El solicitante se compromete a permitir que el Coordinador de CSBG / personal responsable de CSBG verifique la información con agencias y recursos externos.

X _____ Date _____

Si su necesidad supera el monto máximo de la subvención, detalle cómo se pagará el saldo. Haga una lista de las agencias externas a las que ha presentado una solicitud, detalle los arreglos de pago o explique cómo podrá pagar el resto por su cuenta.

¿Su hogar tiene otras necesidades más allá de lo que cubrirá esta asistencia? En caso afirmativo, sírvase detallarlo.

Si ha dejado su trabajo recientemente, explique brevemente.

Enumere sus dos empleadores anteriores para cada miembro del hogar mayor de 18 años. Se requieren fechas de empleo.

| Nombre de los miembros del hogar | Empleador | Fecha de inicio | Fecha final | Motivo de la salida | Teléfono de los empleadores # |
|----------------------------------|-----------|-----------------|-------------|---------------------|-------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¿Hay alguien en su hogar que esté buscando empleo actualmente? Sí No

En caso afirmativo, anote los nombres: _____

Ingresos del hogar

Proporcione comprobantes de los tres meses más recientes de ingresos.

Si alguien en el hogar mayor de 18 años no tiene ingresos, se debe proporcionar una declaración de cero ingresos. Visite uaacog.com > Servicios > CSBG para obtener este formulario.

Todos los ingresos deben ser declarados para todos los miembros del hogar mayores de 18 años.

Verifique si alguien en su hogar recibe los siguientes ingresos:

| Comprobar | Tipo | Nombre del destinatario | Importe bruto |
|-----------|---|-------------------------|---------------|
| | Empleo | | |
| | Trabajo por cuenta propia | | |
| | TANF (asistencia en efectivo) | | |
| | SSI (antes de las deducciones) | | |
| | Seguridad Social (antes de deducciones) | | |
| | Pensión | | |
| | Desempleo | | |
| | SSDI | | |
| | Pensión de Vejez | | |
| | Beneficios de VA | | |
| | Manutención de los hijos | | |
| | Pensión alimenticia | | |
| | Ingresos por alquiler | | |
| | Ganancias de juegos de azar o lotería | | |
| | Interés | | |

Cualquiera de las formas de ingresos mencionadas anteriormente debe tener tres meses más recientes de talones de pago, cartas de adjudicación o historial de pagos que muestren el monto bruto, presentados con la solicitud.

Enumere a todos los miembros del hogar mayores de 18 años que no reciben ingresos. Para cualquier persona que figure aquí, se debe proporcionar una declaración de ingresos cero.

¿Qué tipo de vivienda tienes?

Alquiler Propiedad Sin Hogar Otro: Explique _____

Hoja de cálculo del presupuesto mensual

A continuación se muestra una tabla para detallar sus gastos mensuales. Puede ser útil revisar sus estados de cuenta de los últimos meses completos para detallar con precisión su presupuesto.

| Partida de gasto | Importe |
|--|----------------|
| Vivienda (alquiler/hipoteca) | |
| Eléctrico | |
| Agua / alcantarillado | |
| Gas natural/ propano/ leña | |
| Servicio de recolección de basura | |
| Servicio telefónico | |
| Servicio de cable | |
| Servicios de streaming | |
| Internet | |
| Mantenimiento/reparaciones del hogar | |
| Hogar | |
| Pagos automáticos | |
| Seguro de auto | |
| Gas/diésel | |
| Mantenimiento/reparaciones de automóviles | |
| Comestibles | |
| Comida para llevar/ Doordash | |
| Ropa | |
| Artículos de lavandería | |
| Cuidado personal/higiene | |
| Pagos por cuidado de niños | |
| Pañales para el cuidado de niños/alimentos/fórmula | |
| Seguro médico | |
| Pagos de atención médica | |
| Pagos de atención dental | |
| Alcohol | |
| Tabaco / Marihuana | |
| Diversión | |
| Educación/superación personal | |
| Pagos con tarjeta de crédito | |
| Préstamos | |
| Préstamos de día de pago / adelanto en efectivo | |
| Otro: | |
| TOTAL | |

Complete lo siguiente para cada persona en el hogar. Para uso demográfico solo si se aprueba. Esta información no se utilizará para determinar la elegibilidad de la asistencia.

| Nombre (nombre y apellido) | Relación con el solicitante | Edad | Género | Origen étnico (Blancos, negros, hispanos, nativos americanos, asiáticos, etc.) | Último grado completado (cualquier persona mayor de 24 años) | ¿Deshabilitado? S/N | Especifique el tipo de seguro médico o especifique si no tiene seguro. |
|----------------------------|-----------------------------|------|--------|--|--|---------------------|--|
| | Propio | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Envíe sus solicitudes o preguntas a:

| Condado de Fremont / Chaffee | Condado de Custer | Condado de Lake |
|---|--|--|
| Samantha.Hughes@uaacog.com Coordinadora del CSBG de la UAACOG 3224 A. Independence Rd. Ciudad de Canon, Co 81212 719-275-1675x104 | Laura.Lockhart@state.co.us Departamento de Servicios Humanos del Condado de Custer 205 S. 6th St. Westcliffe, Colorado 81252 719-783-2371 | jgonzales@co.lake.co.us Salud Pública del Condado de Lake 735 HWY 24 Sur Leadville, Co 80461 (719) 486-8181 |