

Page couverture pour demande d'assistance urgente et consentement à la communication
d'informations confidentielles
McLean County

Veillez fournir les informations suivantes (si disponibles / applicables)

- | | | |
|---|-------|---|
| <input type="checkbox"/> Permis de conduire ou carte d'identité de l'état d'Illinois pour toute personne âgée de 18 ans et plus dans votre foyer. | jours | <input type="checkbox"/> Hypothèque, bail, ou lettre du propriétaire contenant les conditions de location |
| <input type="checkbox"/> Cartes de sécurité sociale pour tout membre du foyer | | <input type="checkbox"/> Avis de retard de paiement ou d'expulsion |
| <input type="checkbox"/> Documents justifiant la perte de revenus ou une autre crise liée au COVID-19 ayant entraîné un besoin d'assistance | | <input type="checkbox"/> Avis de retard de paiement ou de déconnection de services publics |
| <input type="checkbox"/> Documentation de tous les revenus du ménage recus au cours des 30 derniers | | <input type="checkbox"/> Relevés bancaires des trois derniers mois |
| | | <input type="checkbox"/> Carte d'identité d'ancien combattant ou DD-214 |

Impôts les plus récents.

CONSETEMENT À LA COMMUNICATION D'INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Je soussigné _____ (Imprimez votre nom) autorise le personnel et les bénévoles des entités suivantes, City of Bloomington Township, City of Bloomington, Mid Central Community Action (MCCA), Normal Township, Providing Access to Help (PATH), The Salvation Army, St. Vincent de Paul et Town of Normal, pour divulguer et discuter des informations et opinions personnelles, confidentielles et privilégiées, y compris, mais sans s'y limiter, ma demande d'assistance d'urgence de McLean County et tous les documents à l'appui ou connexes, avec City of Bloomington Township, City of Bloomington, Mid Central Community Action (MCCA), Normal Township, Providing Access to Help (PATH), The Salvation Army, St. Vincent de Paul, Town of Normal et St. John's Lutheran Church, pour coordonner le traitement de ma demande d'assistance urgente dans McLean County. Ce consentement expirera 12 mois après la date de ma signature.

Signature: _____ Date: _____

- Documents justifiant la perte de revenus ou une autre crise liée au COVID-19 ayant entraîné un besoin d'assistance

Demande d'aide d'urgence du comté de McLean

Nom de famille	Prénom/Deuxième prénom	Date de naissance	
Domicile	Ville	Etat	Code Postal
Email	Téléphone portable	Téléphone fixe	

Avez-vous un numéro de sécurité sociale? Si No

Etat civil:	Marié	Célibataire	Divorcé
	Veuve	Autre	Autre

GYI Y.	Oui	Non	
	Autre	Autre	Autre

Raza /Etnia:	Blanc Américain	Hispanique/Latin	Amérindien Natif de l'Alaska
	Noir Américain	Blanc Américain	Américain Asiatique
	Natif Hawaïen Insulaire Pacifique	Multiracial(e)	Abstenu(e)

Langue Maternelle: Anglais Espagnol Français Autre

Citoyen Américain? Oui Non

Résident légal? Oui Non

Votre crise ou perte de revenu est elle liée au Covid-19? Oui Non

Décrivez brièvement la crise dont le client a été victime durant les 30, 60, 90 jours derniers 30, 60, 90 jours (documentation à l'appui):

Assistance demandée (cochez tout ce qui est en vigueur)
Location/Hypothèque <i>Inclure le bail/contrat et l'avis d'expulsion</i>
Eau <i>Inclure la facture en retard ou l'avis de déconnection</i>
Gaz <i>Inclure la facture en retard ou l'avis de déconnection</i>
Electricité <i>Inclure la facture en retard ou l'avis de déconnection</i>
Transport <i>Inclure les informations d'immatriculation du véhicule</i>
Medical/Medicaments <i>Inclure les données du medecin/pharmacien et la facture</i>
Autre _____

Statut special (cochez tout ce qui est en vigueur)
Sans-Abris <i>Inclure une preuve de résidence de PATH, Safe Harbor, HSHM, Neville House ou autre</i>
Fuyant la violence domestique
Ancien Combattant <i>Inclure le formulaire DD-214, la carte d'identité d'ancien combattant ou une preuve de service</i>
Personne du 3ème age (65+) <i>Inclure une copie de la piece d'identité</i>
Logement subventionné/avec services de soutien <i>Inclure la copie du bail indiquant le statut</i>
Autre _____

Revenu du ménage et actifs (Brut mensuel/18 ans et plus/30 derniers jours) Indiquer le montant provenant de chaque source	Prestations du ménage (30 derniers jours) Indiquer le montant provenant de chaque source	Dépenses ménagères Mensuellement Indiquer le montant provenant de chaque source
Aucun revenu _____	MCCA _____	Loyer/Hypothèque _____
Emploi a temps partiel _____	COB Township _____	Nourriture _____
Emploi a temps plein _____	Normal Township _____	Cable TV _____
Travailleur autonome _____	PATH _____	Electricité _____
Caisse de chômage _____	Salvation Army _____	Gaz _____
SSDI _____	SNAP _____	Eau _____
SSA _____	TANF _____	Assurance _____
Bénéfices d'ancien combat ant _____	LIHEAP _____	Prets/Crédit _____
Pension alimentaire pour enfants _____	WIC _____	Véhicule _____
Pension _____	AABD _____	Autre: _____
Indemnisation des travailleurs _____	RSDI _____	Autre: _____
Comptes bancaires _____	SSI _____	Autre: _____
Encaisse _____	Autre: _____	Autre: _____
Autre: _____	Autre: _____	Autre: _____
Revenus et actif totaux _____	Prestations totales _____	Depenses totales _____

Membres du foyer (famille directe, famille rapprochée, pensionnaires, locataires, autres)

Nom			Date de naissance	Age	Ancien Combattant	Relation avec le demandeur	Sexe
Prénom	Deuxième prénom	Nom de famille	Mois/Jour/Année				

J'ai lu cette demande et déclare, sous peine de parjure, que, à ma connaissance et selon ma conviction, les informations fournies dans cette demande et toutes les déclarations qui l'accompagnent sont véridiques et correctes, et qu'il s'agit d'une déclaration complète de tous les revenus, actifs ou les ressources qui m'appartiennent ou à tout membre de ma famille immédiate.

Signature du client

Date

Faxer la demande et documents requis ou transmettre par email a:

Fax

Email



Subvention globale de développement communautaire

COVID-19 aide directe Vérification de crise

Je, _____, jure ou confirme que les informations contenues dans cet affidavit COVID-19 d'aide directe - Vérification de la crise sont véridiques et correctes à partir du _____ (date).

Je certifie par la présente que le revenu total du ménage de ma famille a diminué en conséquence du COVID-19 des manières suivantes (cochez toutes les cases appropriées):

- J'ai été licencié de mon emploi chez _____ (employeur) du _____ (date) au _____ (date / présent).
- Mon conjoint / partenaire / membre du ménage _____ (prénom et nom) a été licencié de son emploi chez _____ (employeur) du _____ (date) au _____ (date / présent).
- Mes revenus ont considérablement diminué en raison de la réduction de mes heures, de _____ heures par semaine à _____ heures par semaine avec _____ (employeur).
- Les revenus de mon conjoint / partenaire / membre du ménage _____ (prénom et nom) ont considérablement diminué en raison de la réduction des heures d'un membre de famille, de _____ heures par semaine à _____ heures par semaine avec _____ (employeur).
- Mes revenus ont diminué en raison de la garde de mes enfants à la maison, occasionnée elle par la fermeture de l'école ou de la garderie.
- Les revenus de mon ménage ont diminué en raison des soins prodigués à un membre de ma famille malade ou mis en quarantaine.
- Je ne peux pas travailler en raison d'une maladie ou d'une mise en quarantaine.
- Je ne peux pas travailler parce que je suis à un risque plus élevé de maladie grave en raison de COVID-19 tel que défini par le Center for Disease Control (CDC).
- Autre (veuillez expliquer):

J'ai lu ce document de vérification et déclare sous peine de parjure que, au meilleur de ma connaissance et de ma conviction, que les informations et déclarations faites sont véridiques et correctes. Je comprends que je suis responsable du remboursement de tout financement qui m'est fourni sur la base d'informations frauduleuses.

Signature du demandeur

Date

Signature du témoin

Date



CONSETEMENT A LA VERIFICATION DES INFORMATIONS FOURNIES RELATIVES A LA DEMANDE D'AIDE

En signant ce document, je, _____ (prénom, nom), autorise par la présente la ville de Bloomington, une corporation municipale, à vérifier les informations financières que j'ai fournies sur la demande de programme d'aide directe de la ville de Bloomington, y compris, mais pas limité aux antécédents d'emploi et de revenu, aux soldes de comptes bancaires ou similaires, aux antécédents de crédit, aux dettes impayées et aux défauts de paiement des prêts hypothécaires et / ou des loyers. J'autorise par la présente la ville de Bloomington à faire les recherches nécessaires pour déterminer mon admissibilité au programme d'aide directe de la ville de Bloomington. De plus, la ville de Bloomington est autorisée à faire des copies de cette lettre pour distribution à toute partie avec laquelle j'ai une relation financière ou de crédit et cette partie peut traiter cette copie comme un original.

Avis relatif à la Loi sur la protection des renseignements personnels: Ces informations doivent être utilisées par l'agence qui les recueille ou ses cessionnaires pour déterminer si vous êtes admissible à titre de bénéficiaire potentiel dans le cadre de son programme d'aide directe. Ils ne seront pas divulgués en dehors de l'agence, sauf si requis et autorisé par la loi. Vous n'êtes pas obligé de fournir ces informations, mais si vous ne le faites pas, votre demande d'approbation en tant que bénéficiaire potentiel du programme peut être retardée ou rejetée.

Signature du demandeur Date

Signature du codemandeur Date

Nom du demandeur (tapé ou imprimé)

Nom du codemandeur (tapé ou imprimé)