

**HOJA DE PORTADA & ENTREGA PARA APLICAR A ASISTENCIA DE EMERGENCIA  
McLean County**

Por favor provea los siguiente (si está disponible/si aplica):

- Licencia de conducir o identificación del estado para cualquier persona de 18 años o más en el hogar
- Tarjetas de seguro social para todos los miembros del hogar (si aplica)
- Documentos que respaldan una pérdida de ingresos u otra crisis relacionada con COVID-19 que causó la necesidad de asistencia
  - Documentación de todos los ingresos del hogar recibidos en los 30 días anteriores.
- Hipoteca, arrendamiento o carta con los términos del contrato de alquiler del arrendador
- Pago tardío o aviso de desalojo
- Utilidad atraso en el pago o desconexión
- Extractos bancarios de los últimos 3 meses.
- Tarjeta de identificación de veterano o DD-214  
Impuestos más recientes.

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Nombre escrito \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo al personal y a los voluntarios de las siguientes entidades: la ciudad de Bloomington Township, ciudad de Bloomington, Mid Central Community Action (MCCA), Normal Township, Brindar acceso a ayuda (PATH), Immigration Project, The Salvation Army, St. Vincent de Paul, Town de Normal, Home Sweet Home Ministries, u St John's Lutheran Church para divulgar y discutir información y opiniones personales, confidenciales y otras privilegiadas, incluidas, entre otras, mi Solicitud de Asistencia de Emergencia del Condado de McLean completada y cualquier documento de respaldo o relacionado entre ellos y con mi abogado. También autorizo a los empleados y voluntarios de las agencias alistadas para informarle al propietario de mi vivienda del estatus de esta aplicación. Este consentimiento vencerá 12 meses después de la fecha de mi firma.

1

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Aplicación Solicitud de asistencia de emergencia McLean County

Apellido	Nombre / Inicial segundo nombre	Fecha de Nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal (ZIP)
Correo Electrónico	Teléfono Móvil	Teléfono de Casa	

¿Tienes un número de seguro social? Si No

<b>Marital Estado:</b>	Casado/a, Viviendo en pareja	Soltero/a, Nunca casado	Pareja domestica	Viudo
	Casado/a, Viviendo separados	Divorciado/a	Separado/a	Otro

<b>Genero:</b>	Masculino	Transgenero	Sin genero	Rechaza responder
	Femenino	Ninguno-Binario	Otro	

<b>Raza /Etnia:</b>	Africano/a Americano/a	Hispano / Latino	Americano/a Nativo	Asiatica/o Americano/a
	Hawaiiano Nativo Isleño del Pacífico	Blanco/a Americano/a	Multi-Racial	Rechaza responder

**Lenguaje Primario:** Ingles Español Frances Otro

¿Ciudadano U.S.? Si No

¿Residente Legal? Si No

¿Estaba relacionada la pérdida de ingresos o la crisis con COVID-19? Si No

**Describe brevemente la crisis del cliente que ocurrió en los últimos 30 60 90 dias**  
**(incluye documentación para respaldar la crisis):**

<b>ASISTENCIA REQUERIDA (marque todas las que aplique)</b>
<b>RENTA/ HIPOTECA</b> <i>Incluye aviso de arrendamiento y desalojo de 5 días</i>
<b>AGUA</b> <i>Incluye comunicado o aviso de desconexión</i>
<b>GAS NATURAL</b> <i>Incluye comunicado o aviso de desconexión</i>
<b>ELECTRICIDAD</b> <i>Incluye comunicado o aviso de desconexión</i>
<b>TRANSPORTE</b> <i>Incluye información de registro del vehículo</i>
<b>MEDICO / MEDICINAS</b> <i>Incluye información y factura del médico/farmacéutico</i>
<b>OTRO</b> _____

<b>SITUACION ESPECIAL (marque todas las que aplique)</b>
<b>SIN CASA</b> <i>Incluye verificación de residencia de PATH, Puerto seguro, HSHM, Neville House u otro</i>
<b>HUYENDO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA</b>
<b>VETERANO</b> <i>Incluye formato DD-214, identificación de veterano o prueba de servicio</i>
<b>CIUDADANO MAYOR (65+)</b> <i>Incluye copia de identificación</i>
<b>VIVIENDA SUBSIDIADA/ CON APOYO</b> <i>Incluye copia de contrato de arrendamiento que lo indique</i>
<b>OTRO</b> _____

<b>INGRESOS DEL HOGAR &amp; ACTIVOS</b> Mensual bruto /18+ o más/últimos (30 días) Indique la cantidad de cada fuente	<b>BENEFICIOS DEL HOGAR</b> (últimos 30 días) Indique la cantidad de cada fuente	<b>GASTOS DEL HOGAR</b> (Mensual) Indique la cantidad de cada fuente
No Ingresos _____	MCCA _____	Renta / Hipoteca _____
Empleado Medio tiempo _____	COB Township _____	Comida _____
Empleado Tiempo completo _____	Normal Township _____	Cable _____
Auto empleado _____	PATH _____	Electricidad _____
Desempleado _____	Salvation Army _____	Gas Natural _____
SSDI _____	SNAP _____	Agua _____
SSA _____	TANF _____	Seguro _____
Beneficios de Veterano _____	LIHEAP _____	Prestamos/Creditos _____
Apoyo para Niños _____	WIC _____	Vehiculo _____
Pension _____	AABD _____	Otro _____
Compensación al trabajador _____	RSDI _____	Otro _____
Cuentas Bancarias _____	SSI _____	Otro _____
Efectivo en mano _____	Otro _____	Otro _____
Otro _____	Otro _____	Otro _____
<b>TOTAL INGRESOS &amp; ACTIVOS</b> _____	<b>TOTAL BENEFICIOS</b> _____	<b>TOTAL DE GASTOS</b> _____

**TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (FAMILIA, RELATIVOS, PAREJAS, ALOJAMIENTOS, OTROS)**

Nombres		Cumpleaños	Edad	Veterano	Relacion con el	Genero
Nombre	Segundo Apellido	mes/dia/año			Applicante	

He leído esta solicitud y declaro bajo pena de perjurio que, según mi leal saber y entender, la información suministrada en esta solicitud y todas las declaraciones adjuntas son verdadera y correcta, y que es una declaración completa de todos los ingresos, activos o recursos que me pertenecen a mí o a cualquier miembro de mi familia inmediata.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Solicitud de fax o correo electrónico y documentos requeridos para:

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico



## Programa de Subsidio de Desarrollo Comunitario Alivio Financiero de COVID-19 Declaración de Crisis

Yo, \_\_\_\_\_, juro o afirmo que la información que proporciono en esta declaración jurada de alivio financiero de COVID-19 – Declaración de Crisis es correcta, completa y actualizada al \_\_\_\_\_ (fecha).

Yo, por la presente certifico que el ingreso total de mi familia ha disminuido debido al COVID-19 de las maneras siguientes (marque todos que aplican):

- Me despidieron de mi empleo con \_\_\_\_\_ (empleador) desde \_\_\_\_\_ (fecha) hasta \_\_\_\_\_ (fecha/presente).
- Mi pareja o miembro del hogar \_\_\_\_\_ (nombre y apellido) fue despedido de su empleo con \_\_\_\_\_ (empleador) desde \_\_\_\_\_ (fecha) hasta \_\_\_\_\_ (fecha/presente).
- Mis ingresos se han visto disminuidos drásticamente debido a la reducción de horas de trabajo de \_\_\_\_\_ horas semanales a \_\_\_\_\_ horas semanales con \_\_\_\_\_ (empleador).
- Los ingresos de mi pareja o miembro del hogar \_\_\_\_\_ (nombre y apellido) se han visto disminuidos drásticamente debido a la reducción de horas de trabajo de \_\_\_\_\_ horas semanales a \_\_\_\_\_ horas semanales con \_\_\_\_\_ (empleador).
- Mis ingresos se han visto disminuidos debido a la necesidad de cuidar a mis hijos en casa debido al cierre de las escuelas / guarderías.
- Los ingresos de mi hogar se han visto disminuidos debido a la necesidad de cuidar a un familiar enfermo o en cuarentena.
- No puedo trabajar debido a una enfermedad o por someterme a cuarentena.
- No puedo trabajar porque estoy en mayor riesgo de enfermedad grave por causa de COVID-19 según la definición del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
- Otra razón (explique):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo he leído esta declaración, y juro o afirmo, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado aquí es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que deberé pagar toda la ayuda que se haya sobrepagado en nombre de mi hogar a causa de hacer una declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta .

\_\_\_\_\_  
Firma de solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Calculadora de Elegibilidad de Ingresos

Juro o afirmo que la información que he proporcionado aquí es completa, verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Yo declaro que los documentos que sirven para documentar mi ingreso se pondrán a disposición del director del programa HUD.

### Formulario de Autocertificación de Ingresos del Beneficiario/a

*Impresado:* 06/16/2020

*Toma Efecto:*

#### Número de Identificación de Beneficiario:

CABEZA DE FAMILIA		
Firma	Nombre Impreso	Fecha

OTROS ADULTOS BENEFICIARIOS*		
Firma	Nombre Impreso	Fecha

\* Favor de adjuntar otra copia de esta página si se requiere más líneas para firmar.

**ADVERTENCIA:** La información proporcionada en este formulario será verificado por la autoridad HUD. La sección 1001 del título 18 del código federal de los Estados Unidos establece que cualquier persona será culpable de felonía, y la solicitud de ayuda será terminada por hacer, sabiendas a voluntad, declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier agencia o departamento de los Estados Unidos.