



SOLICITUD DE ASISTENCIA

*Las solicitudes COMPLETADAS deben enviarse a: van@unitedwaynsv.org junto con TODOS los documentos de respaldo. Si se les contacta para obtener elementos adicionales, los solicitantes tendrán 5 días para enviar toda la documentación. En el título del correo electrónico, escriba: Su primera inicial, apellido, "SOLICITUD DE CUIDADO". Enviar una solicitud no garantiza la asistencia.

Tenga en cuenta: Se requiere una firma escrita con tinta. Si no puede imprimir esta solicitud, puede recoger una en el Departamento de Servicios Sociales del Condado de Frederick, ubicado en 107 N. Kent St. Suite 300 en Winchester, VA.

INFORMACIÓN DEL HOGAR:

Ingrese la siguiente información para el arrendatario principal o el propietario de la vivienda.

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

total de personas en el hogar: _____

Escoja uno: Vivo en _____ la Ciudad de Winchester
_____ Condado de Frederick

de Teléfono _____ Mejor hora de llamar: _____

Estoy solicitando asistencia ayuda con (marque todas las que correspondan)

- ___ Asistencia para la renta
___ Asistencia para la hipoteca
___ Asistencia para servicios públicos

Ingreso mensual total del hogar antes de impuestos: \$ _____

COMPLETE SOLO SI SOLICITA AYUDA DE ALQUILER / HIPOTECA:

La asistencia financiera puede cubrir los saldos actuales y anteriores más los cargos por pagos atrasados asociados, siempre que se incurra después del 1 de marzo de 2020.

Pago mensual de renta o hipoteca: \$ _____

Numero de cuartos: _____

Monto total adeudado de renta o hipoteca vencida y por qué meses: \$ _____

Nombre del Propietario de Vivienda: _____

Teléfono del propietario de Vivienda # _____

Dirección del propietario de Vivienda(donde enviar el pago): _____

¿Ha solicitado el programa RMRP a través de People Incorporated? _____

En caso afirmativo, ¿cuál es el estado de su solicitud? _____

¿Ha recibido asistencia del Programa de Alivio de Renta e Hipoteca de Virginia (RMRP)? _____

En caso afirmativo, proporcione detalles sobre cuándo y cuánto se cubrió: _____

COMPLETE SOLAMENTE SI SOLICITA AYUDA CON SERVICIOS PÚBLICOS:

La asistencia financiera puede cubrir los saldos actuales y anteriores, además de los cargos por pagos atrasados asociados, siempre y cuando se incurra después del 1 de marzo de 2020. Puede ser elegible para recibir asistencia de más de un proveedor de servicios públicos.

Nombre de Compañía de Servicio Público: _____

Número de Cuenta: _____

Cantidad Total Debida: \$ _____

¿Ha recibido un aviso de desconexión? _____

Servicios públicos adicionales adeudados: _____

Número de Cuenta: _____

Cantidad Total Debida: \$ _____

¿Ha recibido un aviso de desconexión? _____

DOCUMENTOS DE RESPALDO

Reúna y envíe TODOS los documentos requeridos con su solicitud. Tendrá 5 días de negocio para proporcionar estos documentos. Si no lo hace, se retrasará el procesamiento de su solicitud. La financiación es limitada y no está garantizada. Toda la documentación será verificada para determinar la elegibilidad.

Puede encontrar una lista detallada de documentos aceptables en: <https://www.unitedwaynsv.org/cares-act-rent-and-utilities-assistance-program>

	Prueba de residencia
	Prueba de pérdida de ingresos, reducción de horas u otras dificultades financieras debido a COVID-19
	PARA ASISTENCIA DE ALQUILER - Libro mayor / extracto de alquiler
	PARA ASISTENCIA CON LOS SERVICIOS PÚBLICOS - Declaración del proveedor de servicios públicos
	PARA ASISTENCIA HIPOTECARIA: formulario de declaración de la compañía hipotecaria
	Prueba de ingreso
	Formulario W-9 (solo para asistencia de alquiler e hipoteca)
	Formulario de solicitud firmado

CERTIFICACIÓN DE ARRENDATARIO / PROPIETARIO: SE REQUIERE FIRMA ESCRITA

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud de asistencia es verdadera, precisa y completa. Además, certifico que no he recibido ninguna otra forma de subsidio o asistencia financiera para alquiler / hipoteca o servicios públicos durante el mismo período de tiempo con la Ley CARES, u otros fondos federales, estatales o locales.

Nombre del solicitante

Firma del solicitante

Date