



CSBG Discretionary COVID-19 Grant - COVID-19
CSBG CARES Act COVID-19 Grant- COVID-19
United Way COVID-19 Grant- COVID-19

COVID-19 Relief Fund Application

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:
Domicilio:	Apt #:	
Ciudad, Estado, Codigo Postal:	Condado:	
Cuanto tiempo en domicilio?		
Donde recibe correo? (si diferente)	Apt#:	
Ciudad, Estado, Codigo Postal	Condado:	
Telefono:	Celular:	
Correo Electronico:		

Porfavor de seleccionar CUALQUIER # de declaración que se aplique a usted o su familia.

1. Un miembro del hogar ha perdido un trabajo debido a COVID-19
2. Un miembro del hogar está experimentando una reducción de las horas de trabajo debido a COVID-19
3. Un miembro del hogar tuvo que solicitar beneficios de desempleo debido a COVID-19
4. Un miembro del hogar recibe beneficios de desempleo debido a COVID-19
5. No puedo trabajar debido a la pérdida de cuidado infantil / escuela para mi hijo debido a COVID 19
6. Mi hogar está experimentando otras dificultades debido a COVID-19. Por favor de explicar

REQUIRED DOCUMENTS (DOCUMENTOS REQUERIDOS):

1. Solicitud de admisión **COMPLETA**
2. Una **tarjeta de identificación con foto**, como una **licencia de conducir** o una **identificación del Estado de Texas** o un **pasaporte** o una **tarjeta de inmigración oficial**.
3. **Prueba de TODOS los ingresos de los últimos 30 días para todos los miembros del hogar mayores de 18 años que trabajan o reciben asistencia.** (Carta de adjudicación del Seguro Social / SSI / VA, talones de cheques, carta de TANF, beneficios de desempleo, manutención infantil, etc.
NOTA: Si algún miembro del hogar, mayor de 18 años, NO recibe ningún ingreso, debe completar la **Declaración de Ingresos**.)
4. Una **factura actual de servicios públicos o teléfono para verificar la dirección que reside en los condados de Hays, Caldwell o Blanco.**
5. **Documento que demuestre la reducción / pérdida de ingresos relacionada con COVID-19 (desde marzo), como la documentación del caso de desempleo presentado o una carta de rescisión/ licencia del empleador.**

Si solicita asistencia a largo plazo, es posible que deba presentar documentos adicionales.

Demografía del Hogar

#	<i>Nombre</i>	<i>Apellido</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>Edad</i>	<i>Raza</i>	<i>Discapacitado Si/No</i>	<i>Veterano Si/No</i>
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

Situación laboral actual para TODOS los miembros del hogar mayores de 18 años.

(Por favor indique el nombre del Miembro del Hogar por el número en la tabla anterior)

Empleado Se aplica a # _____ # _____ # _____ # _____ # _____

Empleado pero reducción de horas

Se aplica a # _____ Horas Previas _____ Horarios Actual _____

Se aplica a # _____ Horas Previas _____ Horarios Actual _____

Despedido Temporal

Se aplica a # _____ Fecha estimada para regresar _____ Desconocido _____

Se aplica a # _____ Fecha estimada para regresar _____ Desconocido _____

Desempleado

Se aplica a # _____ Ultima dia trabajado _____

Se aplica a # _____ Ultima dia trabajado _____

Estoy solicitando ayuda con lo siguiente: *(seleccione todos los que correspondan)*

Comida

Asistencia para servicios publicos

Gasolina

Vivienda *(Si el alquiler, NOMBRE, INFORMACION DE CONTACTO del arrendador)* _____

Necesidades medicas continuas regulares

Asistencia con receta para medicinas

Otro *(Por favor - explique)*

INFORMACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

¿Alguien en el hogar actualmente se desempeña como empleado, agente, consultor, oficial o funcionario electo o designado de Community Action, Inc. de Texas Central? ___Si o ___No En caso afirmativo, identifique quién es y su posición _____

1. ¿Hay alguien en el hogar relacionado con alguien que se desempeñe actualmente como empleado, agente, consultor, funcionario o funcionario electo de Community Action, Inc. de Central Texas? ___Si
En caso afirmativo, identifique quién y posición _____

FOR OFFICE USE ONLY: *If there is a Conflict of Interest, this application requires the Executive Director's Signature.*

Executive Director Signature: _____

RECORDATORIO: POR FAVOR ENVÍE TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS CON LA SOLICITUD

Una vez recibida la solicitud con TODOS los documentos justificativos, se procesará en el orden en que se haya sellado completa.

NOTA: Toda la asistencia está sujeta a la disponibilidad de fondos.

SERVICE AREA

Los condados atendidos por las Subvenciones **CSBG COVID-19** de Servicios Comunitarios incluyen: **Blanco, Caldwell y Hays.**

*Este programa es financiado (en su totalidad o en parte) por el **Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA)***

Los condados atendidos por la Beca **United Way** COVID-19 incluyen: **Caldwell y Hays.**

Las solicitudes pueden enviarse por correo, correo electrónico o fax a:

Community Action, Inc. of Central Texas

The Village – Main Office

PO Box 748

San Marcos, TX 78667

Email: mmarshall@communityaction.com

Fax: 512 396-4255

Phone: 512 392-1161

Por favor llame o envíe un correo electrónico si tiene alguna pregunta.

AUTORIZACIONES Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN.:

- 1. La información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender..**
2. Entiendo que el ingreso bruto de mi hogar está anualizado en el momento de la solicitud de acuerdo con las normas y procedimientos preestablecidos de la agencia para recibir asistencia.
3. Entiendo que puedo solicitar una audiencia para apelar una denegación de elegibilidad, la cantidad de asistencia recibida o una demora en recibir servicios de Community Action, Inc. de Central Texas.
4. Autorizo al Departamento de Vivienda y Acción Comunitaria de Texas, Inc. de Texas Central a solicitar / verificar información, incluida la verificación de empleo necesaria para proporcionar asistencia con mis utilidades y / o facturas de combustible, tanto pasadas como futuras.
5. Soy un solicitante de Community Action, Inc. de Central Texas. Por este medio doy mi permiso para divulgar y verificar toda la información solicitada y entiendo que se mantendrá en estricta confidencialidad para ser utilizada solo para fines del programa. Entiendo que la fotocopia de este comunicado es tan válida como el original y se puede usar para obtener información de empleo o verificar otros datos.
6. Entiendo que si cambio de compañía de servicios públicos, debo notificar al asistente social dentro de los 5 días hábiles posteriores a mi nuevo servicio público y el número de cuenta con el nombre en la cuenta. Si no notifico a Community Action, Inc. de Texas Central acerca de mi nueva compañía de servicios públicos, perderé cualquier pago debido. Cuando se proporciona la información, cualquier asistencia restante puede ser reintegrada.
7. Si usted u otro miembro de la familia no tiene ingresos, debe completar la hoja de Declaración de no ingresos para todos los miembros de la familia mayores de 18 años que no tengan ingresos. En esta hoja no incluya a nadie que haya mostrado ingresos en la solicitud. La Declaración de No Ingreso Ya no necesita ser notariado.
8. ENTIENDO QUE SOY SUJETO A PROSECCIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA SOBRE ESTA SOLICITUD

Certifico que la información en esta solicitud es correcta y también entiendo que el recibo o la asistencia a través de una tergiversación o fraude se puede castigar con una multa o encarcelamiento.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Staff Signature _____

Date _____

(when application is logged in)

**DECLARATION OF INCOME STATEMENT
(DECLARACION DE INGRESOS)**

Applicant Name (Nombre del Solicitante)	Applicant Last Name (Apellido)	Suffix (Sufijo)
Address (Dirección)	City (Ciudad)	Zip Code (Código Postal)

State the gross income for household members, 18 years and older, who have no documentation of the income received in the **30 day period** prior to the date of application for assistance: *(Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad ó mas, y que no tienen documentación de ingresos por los 30 días antes del aplicar para asistencia)*

Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)

My household has no documented proof of income due to the following situation *(Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por medio de tal razones):*

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief. *(Yo certifico que la información proveída de los ingresos es verdadera y correcta según mi saber y creencia.)*

I understand that the information will be verified to the extent possible; and that I may be subject to prosecution for providing false or fraudulent information. *(Comprendo que la información será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveído información falsa ó fraudulenta.)*

(Applicant Signature/Firma del Solicitante)

(Date/Fecha)