



El Programa de Asistencia de Emergencia para Alquiler y Servicios Públicos se estableció en respuesta al impacto financiero de la pandemia de COVID para los residentes de Gilbert, financiado a través de la Ley de Asignaciones Consolidadas de EE. UU. De 2021. El programa brinda asistencia financiera a los hogares afectados financieramente por COVID para el alquiler y asistencia de servicios públicos para evitar el desalojo y falta de vivienda.

Si tiene preguntas, llame al 480-898-0228 o envíe un correo electrónico a [www.savethefamily.org](http://www.savethefamily.org) para obtener ayuda.

**Quién califica:**

- Residentes de la ciudad de Gilbert (no pueden ayudar si vive en una isla del condado en Gilbert)
- Impactado por COVID (pérdida de trabajo, reducción de horas, gastos médicos, etc.)
- El ingreso bruto mensual del hogar es igual o inferior al 80% de la mediana, como se muestra a continuación:

| # de miembros del hogar | Ingresos brutos que no excedan (50%) | Ingresos brutos que no excedan (80% AMI) |
|-------------------------|--------------------------------------|--|
| 1                       | \$2,304                              | \$3,688                                  |
| 2                       | \$2,633                              | \$4,217                                  |
| 3                       | \$2,963                              | \$4,742                                  |
| 4                       | \$3,292                              | \$5,267                                  |
| 5                       | \$3,558                              | \$5,604                                  |
| 6                       | \$3,821                              | \$6,113                                  |
| 7                       | \$4,083                              | \$6,533                                  |
| 8                       | \$4,345                              | \$6,954                                  |

De acuerdo con la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021, las solicitudes de asistencia de alquiler / servicios públicos deben tener prioridad para los hogares afectados financieramente por COVID cuyos ingresos familiares se encuentran dentro de uno de los siguientes:

- cualquier miembro adulto del hogar ha estado desempleado durante los últimos 90 días o más debido a COVID
- el ingreso familiar total es igual o inferior al 50% del ingreso medio del área

Estas solicitudes se procesarán primero. Nos comunicaremos con usted dentro de los 14 días posteriores a la recepción de la solicitud y toda la documentación requerida. Las solicitudes duplicadas pueden retrasar la revisión de su solicitud.

## Documentación requerida que deberá presentarse con la solicitud completa:

**\*\* Reúna su documentación antes de iniciar su solicitud.**

- Identificación con foto para la solicitante
- • Comprobante de ingresos de todos los miembros del hogar (últimos 60 días)
  - Recibos de pago actuales y consecutivos
  - Ingresos de trabajo por cuenta propia - libro mayor de negocios
  - Seguro Social o discapacidad: carta de beneficios actual
  - Ingresos por jubilación / pensión - estado de cuenta
  - Desempleo: carta de concesión e impresión del historial de pagos
  - Impresión del historial actual de manutención infantil y pensión alimenticia
  - Asistencia en efectivo: carta de beneficios del DES
  - Otro (guardería en el hogar, apoyo de familiares / amigos): declaración del proveedor
- Contrato de arrendamiento actual (todas las páginas)
- Apéndice para cualquier contrato de arrendamiento vencido que indique los términos de mes a mes
- Factura de servicios públicos actual (Ciudad de Gilbert, servicios públicos, SRP y / o Southwest Gas)

### NOTA:

Si no puede adjuntar la documentación requerida a su solicitud, puede:

- Correo electrónico: [www.savethefamily.org](http://www.savethefamily.org) o Fax: 480-898-9007
- El arrendador debe estar de acuerdo en aceptar el pago en su nombre.
- La asistencia se basa en la disponibilidad de fondos

Si necesita ayuda para completar la solicitud impresa o la solicitud en línea, puede visitar Save the Family (125 E. University Drive, Mesa, AZ 85201), de lunes a viernes, de 8:00 am a 4:30 pm.

### Propietario que solicita en nombre de su inquilino

La guía del Tesoro de los EE. UU. Para el Programa de asistencia de servicios públicos y alquiler de emergencia de 2021 permite a los propietarios y propietarios ayudar a los inquilinos a solicitar asistencia. Si los propietarios solicitan asistencia para el alquiler en nombre de su inquilino, el inquilino debe firmar un "Formulario de consentimiento", el propietario debe ingresar la información del inquilino y del hogar en la solicitud y proporcionar la documentación requerida para la elegibilidad (consulte la lista anterior).

**SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ALQUILER  
Y SERVICIOS PÚBLICOS**

Complete la siguiente solicitud para asistencia con el alquiler y los servicios públicos. La Parte VI deberá completarse para cada adulto y niño que viva en el hogar. Además, deberá completar la Parte VIII para cada servicio para el que esté buscando asistencia.

| PARTE I: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE   |   |  |                            |
|--|---|--|----------------------------|
| <b>PRIMER NOMBRE</b>   | <b>APELLIDO</b>   | <b>INICIAL DEL 2do NOMBRE</b>  | <b>FECHA DE NACIMIENTO</b> |
|  |   |  |                            |
| <b>DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO</b>   |   | <b>TIPO DE CORREO ELECTRONICO</b>  |                            |
|  |   | <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Trabajo  |                            |
| <b>NUMERO DE TELEFONO</b>  |   | <b>TIPO DE TELEFONO</b>  |                            |
|  |   | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Teletipo<br><input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Negocio                  |                            |
| <b>METODO DE CONTACTO PREFERIDO</b><br>Por favor marque 1 opción.  |   | <input type="checkbox"/> Cualquiera <input type="checkbox"/> Llamar <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Correo/Carta |                            |
| <b>PREFERENCIAS DE CONTACTO</b><br>Por favor marque todos los que apliquen.  |   | <input type="checkbox"/> No llamar <input type="checkbox"/> No enviar correo electrónico <input type="checkbox"/> Acepto mensajes de texto   |                            |
| <b>¿Usted está experimentando la falta de vivienda?</b>  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |  |                            |
| <b>¿Ha sido desalojado(a) de su casa?</b>  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |  |                            |
| <b>¿Tiene un lugar protegido para dormir?</b>  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |  |                            |
| <b>TIPO DE VIVIENDA</b> Por favor marque 1 opción.   |   |  |                            |
| <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Hogar de Ansianos<br><input type="checkbox"/> Centro de Vida Asistida <input type="checkbox"/> Hogar Grupal <input type="checkbox"/> Refugio<br><input type="checkbox"/> Condominio/Casa Adosada <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Dúplex/Tríples/Fourplex <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |   |  |                            |
| <b>TIPO DE PAGO DE LA VIVIENDA</b> Por favor marque 1 opción.  |   |  |                            |
| <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Sin Pago <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar  |   |  |                            |
| <b>DIRECCION RESIDENCIAL</b>   |   |  |                            |
| <b>CALLE 1</b>   |   | <b>UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE</b>   |                            |
|  |   |  |                            |
| <b>CALLE 2</b>   |   |  |                            |
|  |   |  |                            |
| <b>CIUDAD</b>  | <b>ESTADO</b>   | <b>CODIGO POSTAL</b>   |                            |
|  |   |  |                            |
| <b>¿Es su dirección postal la misma que su dirección residencial?</b>  |   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |                            |

|  |                                |                      |
|--|--------------------------------|----------------------|
| <b>DIRECCION POSTAL</b> Por favor ingrese si la dirección postal es diferente de la dirección residencial. |                                |                      |
| <b>CALLE 1</b>   | <b>UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE</b> |                      |
|  |                                |                      |
| <b>CALLE 2</b>   |                                |                      |
|  |                                |                      |
| <b>CIUDAD</b>  | <b>ESTADO</b>                  | <b>CODIGO POSTAL</b> |
|  |                                |                      |

**PARTE II: DEMOGRAFIA DEL SOLICITANTE**

**AUTO IDENTIFICACION DE GENERO COMO** Por favor marque todas las que apliquen.

- |                                    |                                      |  |  |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Femenino  | <input type="checkbox"/> Transgénera | <input type="checkbox"/> No Binario/No Conforme        | <input type="checkbox"/> Prefiero describirme a mí mismo |
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Transgénero | <input type="checkbox"/> No identificado con un genero | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar           |

Si selecciono "Prefiero describirme a mí mismo," por favor ingrese su respuesta: \_\_\_\_\_

**RAZA Y ETNICIDAD** Por favor marque todas las que apliquen.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asiático   | <input type="checkbox"/> Medio oriente o África del Norte |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano                                      | <input type="checkbox"/> Blanco                           |
| <input type="checkbox"/> Hispano, Latino, o Español                                 | <input type="checkbox"/> Otro Origen Étnico: _____        |
| <input type="checkbox"/> Pueblos Indígenas, Nativos Americanos, o Nativos de Alaska | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar            |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacifico                |   |

**ESTADO MILITAR** Por favor marque 1 opción.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) de un veterano(a)                   | <input type="checkbox"/> Soy veterano          |
| <input type="checkbox"/> Esposo(a) de un veterano (Vivo o Fallecido) | <input type="checkbox"/> No soy veterano       |
| <input type="checkbox"/> Actualmente estoy en servicio activo        | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |

**ESTADO DE LOS PADRES** Por favor marque 1 opción.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hogar de dos padres                        | <input type="checkbox"/> Cuidador Principal con custodia       |
| <input type="checkbox"/> Hogar monoparental con custodia compartida | <input type="checkbox"/> Cuidador Principal sin custodia       |
| <input type="checkbox"/> Hogar monoparental con custodia exclusiva  | <input type="checkbox"/> Padre de crianza de custodia temporal |
| <input type="checkbox"/> Abuelo(a) con custodia del niño            | <input type="checkbox"/> No niños menores de 18 años           |

**GRADO MAS ALTO COMPLETADO** Por favor marque 1 opción.

- |                                     |                                  |                                  |                                 |                                  |                                 |                                    |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pre-Kínder | <input type="checkbox"/> Primero | <input type="checkbox"/> Tercero | <input type="checkbox"/> Quinto | <input type="checkbox"/> Séptimo | <input type="checkbox"/> Noveno | <input type="checkbox"/> Undécimo  |
| <input type="checkbox"/> Kínder     | <input type="checkbox"/> Segundo | <input type="checkbox"/> Cuarto  | <input type="checkbox"/> Sexto  | <input type="checkbox"/> Octavo  | <input type="checkbox"/> Decimo | <input type="checkbox"/> Duodécimo |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>NIVEL MAS ALTO DE CREDENCIAL/POSTSECUNDARIO COMPLETADO</b> Por favor marque <b>1</b> opción. |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Ninguno Completado   | <input type="checkbox"/> Licenciatura   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria  | <input type="checkbox"/> Maestría   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo Educativo General (GED-por sus siglas en ingles)            | <input type="checkbox"/> Título Profesional   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Mas de 1 año de educación postsecundaria                               | <input type="checkbox"/> Doctorado  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Titulo Técnico/Vocacional  |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Grado Asociado   |   |   |   |
| <b>VIVE CON UNA DISCAPACIDAD</b>  | <input type="checkbox"/> Si   | <input type="checkbox"/> No                             |   |
| <b>DISCAPACIDAD</b> Si vive con una discapacidad, marque todas las que apliquen.                |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Cognitivo/Aprendizaje (Incluye Trastornos del Habla)                   | <input type="checkbox"/> Movilidad/Físico   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza (Incluye Adquiridos y Traumáticos)                 | <input type="checkbox"/> Lesión de la Medula Espinal  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Audición   | <input type="checkbox"/> Visión   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Invisible (Incluye Dolor Crónico y Trastornos del Sueño)               | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental/Condición Psicológica                                     | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar  |   |   |
| <b>TENGO SEGURO MEDICO</b>  |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Si   | <input type="checkbox"/> No   | <input type="checkbox"/> Desconocido                    |   |
| <b>DOMINIO DEL INGLES</b>   | <input type="checkbox"/> Poco   | <input type="checkbox"/> Moderado                       | <input type="checkbox"/> Avanzado                       |
| <b>IDIOMAS ADICIONALES</b>  | <b>HABILIDAD</b>  | <b>LENGUAJE PRIMARIO</b>                                | <b>NECESITA TRADUCTOR</b>                               |
|   | <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Avanzada | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
|   | <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Avanzada | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

| PARTE III. ESTADO LABORAL DEL SOLICITANTE   |   |   |
|---|---|---|
| <b>ESTADO LABORAL</b> Por favor marque 1 opción.  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Estudiante sin empleo<br><input type="checkbox"/> Estudiante con empleo de medio tiempo<br><input type="checkbox"/> Estudiante con empleo de tiempo completo<br><input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia  | <input type="checkbox"/> Empleado a través de trabajo ocasional/por contrato<br><input type="checkbox"/> Empleado de medio tiempo<br><input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo<br><input type="checkbox"/> Suspendido  | <input type="checkbox"/> Desempleado y buscando trabajo<br><input type="checkbox"/> Desempleado y sin buscar trabajo<br><input type="checkbox"/> Retirado |
| <b>Si actualmente está desempleado, ¿qué causó su desempleo?</b> Por favor marque 1 opción.   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidades del Hogar o Familiares<br><input type="checkbox"/> Sufrir de Mala Salud o Discapacidad<br><input type="checkbox"/> Corte de Personal (Desempleo Involuntario)<br><input type="checkbox"/> Despido (Desempleo Involuntario)<br><input type="checkbox"/> Recién Ingresando a la Fuerza Laboral (Graduado Reciente) | <input type="checkbox"/> Desempleo por Reubicación (Mudanza Reciente)<br><input type="checkbox"/> Reingreso a la Fuerza Laboral (no trabajo durante un periodo de tiempo)<br><input type="checkbox"/> Desempleo Voluntario (Renuncio para buscar otras oportunidades)<br><input type="checkbox"/> Desempleo Estacional<br><input type="checkbox"/> Suspendido |   |
| <b>DESEMPLEADO DESDE (FECHA)</b>  | <b>CALIFICA PARA BENEFICIOS DE DESEMPLEO</b>  |   |
|   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se  |   |
| <b>BUSCANDO EMPLEO</b>  | <b>TRABAJADOR MIGRANTE</b>  | <b>TRABAJADOR AGRICOLA DE TEMPORADA</b>   |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   |

**PARTE IV. IMPACTO DEL COVID-19**

|   |  |  |                             |
|---|--|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ¿Ha sido afectado financieramente por COVID-19?  |  | <input type="checkbox"/> Si                                    | <input type="checkbox"/> No |
| <b>Si seleccionó "Sí", ¿cómo le ha afectado financieramente el COVID-19?</b>  |  |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Experimentó una reducción o pérdida de ingresos  |  | <input type="checkbox"/> Los gastos aumentaron inesperadamente |                             |
| <b>Experimentó una reducción o pérdida de ingresos: ¿Qué causó una reducción o pérdida de ingresos?</b> Por favor marque todos los que apliquen.  |  |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Se rescindió una oferta de trabajo realizada antes del COVID-19<br><input type="checkbox"/> Me despidieron<br><input type="checkbox"/> Me suspendieron<br><input type="checkbox"/> Mi empleador redujo mi horario de trabajo<br><input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia y mi negocio se vio afectado/cerrado<br><input type="checkbox"/> Tuve que ponerme en cuarentena porque tengo un mayor riesgo de contraer una enfermedad grave por COVID-19<br><input type="checkbox"/> Tuve que ponerme en cuarentena debido a exposición o la enfermedad de COVID-19<br><input type="checkbox"/> Tuve que cuidar a otra persona que fue puesta en cuarentena debido al riesgo o exposición al COVID-19<br><input type="checkbox"/> Tuve que cuidar a un niño dependiente o un adulto discapacitado/vulnerable<br><input type="checkbox"/> Otro (por favor describa): _____ |  |  |                             |
| <b>Gastos aumentados inesperadamente: ¿Cómo han aumentado inesperadamente sus gastos?</b> Por favor marque todos los que apliquen.  |  |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Tengo gastos de guardería debido al cierre de la escuela o guardería para un adulto o niño dependiente<br><input type="checkbox"/> Tengo gastos médicos debido a la enfermedad COVID-19 que no cubre el seguro<br><input type="checkbox"/> No puedo asistir a centros comunitarios para personas mayores para obtener las necesidades básicas de vida que recibí anteriormente<br><input type="checkbox"/> Otros (por favor describa): _____   |  |  |                             |





|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>SEGURO MÉDICO</b> Si tiene seguro, por favor marque todas las que apliquen. |   |  |
| <input type="checkbox"/> AHCCCS  | <input type="checkbox"/> Servicios Médicos de VA            | <input type="checkbox"/> Atención Medica Militar |
| <input type="checkbox"/> ALTCS   | <input type="checkbox"/> Servicios de Salud para Indígenas  | <input type="checkbox"/> Compra Directa          |
| <input type="checkbox"/> Medicaid  | <input type="checkbox"/> COBRA                              | <input type="checkbox"/> Desconocido             |
| <input type="checkbox"/> Medicare  | <input type="checkbox"/> Proporcionado por el Empleador     | <input type="checkbox"/> Otro                    |
| <input type="checkbox"/> Dental  | <input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos |  |
| <input type="checkbox"/> SCHIP   |   |  |
| <b>ACTUALMENTE VIVE EN EL HOGAR</b>  | <input type="checkbox"/> Si                                 | <input type="checkbox"/> No                      |

**PARTE VI. ASISTENCIA DE ALQUILER**

|   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| <b>¿Está buscando ayuda con el alquiler?</b> Por favor marque 1 opción.                 |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Si   | <input type="checkbox"/> No          |  |
| <b>BUSCANDO AYUDA CON</b>   | <input type="checkbox"/> Mensualidad | <input type="checkbox"/> Depósito de Mudanza |
| <b>Si busca ASISTENCIA DE ALQUILER, ¿ha recibido un aviso de desalojo?</b>              | <input type="checkbox"/> Si          | <input type="checkbox"/> No                  |
| <b>Si busca ASISTENCIA HIPOTECARIA, ¿ha recibido un aviso de ejecución hipotecaria?</b> | <input type="checkbox"/> Si          | <input type="checkbox"/> No                  |

**MESES BUSCANDO AYUDA Y CANTIDAD DEBIDA** Por favor marque todos los que apliquen.

| MES                              | CANTIDAD DEBIDA | MES                                 | CANTIDAD DEBIDA |
|----------------------------------|-----------------|-------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Enero   | Enero: \$       | <input type="checkbox"/> Julio      | Julio: \$       |
| <input type="checkbox"/> Febrero | Febrero: \$     | <input type="checkbox"/> Agosto     | Agosto: \$      |
| <input type="checkbox"/> Marzo   | Marzo: \$       | <input type="checkbox"/> Septiembre | Septiembre: \$  |
| <input type="checkbox"/> Abril   | Abril: \$       | <input type="checkbox"/> Octubre    | Octubre: \$     |
| <input type="checkbox"/> Mayo    | Mayo: \$        | <input type="checkbox"/> Noviembre  | Noviembre: \$   |
| <input type="checkbox"/> Junio   | Junio: \$       | <input type="checkbox"/> Diciembre  | Diciembre: \$   |

**Si busca ayuda con un DEPÓSITO DE MUDANZA, ¿cuál es su dirección de mudanza?**

|                |                                |                      |
|----------------|--------------------------------|----------------------|
| <b>CALLE 1</b> | <b>UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE</b> |                      |
|                |                                |                      |
| <b>CALLE 2</b> |                                |                      |
|                |                                |                      |
| <b>CIUDAD</b>  | <b>ESTADO</b>                  | <b>CODIGO POSTAL</b> |
|                |                                |                      |



|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>PARTE VII. ASISTENCIA CON SERVICIOS PÚBLICOS</b> Complete para <b>cada</b> servicio público para el que busque asistencia. |   |  |
| ¿Para qué empresa está buscando ayuda? Por favor marque 1 opción.   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Gas  | <input type="checkbox"/> Agua                           | <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/> Basura     |
| ESTADO DEL SERVICIO PUBLICO Por favor marque 1 opción.  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Actualmente Cortado  | <input type="checkbox"/> Aviso de Desconexión/Morosidad | <input type="checkbox"/> Vencido (Pagos atrasados) <input type="checkbox"/> Pago del servicio al corriente |
| <b>NOMBRE DE LA COMPAÑÍA</b>  |   |  |
| <b>BUSCANDO AYUDA CON</b>   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Pago de Servicio Publico   |   | <input type="checkbox"/> Depósito de Servicio Publico  |
| Si busca ayuda con un PAGO DE SERVICIOS PÚBLICOS, ¿cuál es el monto adeudado por su factura más reciente?                     |   | \$   |
| Si busca ayuda con un DEPÓSITO DE SERVICIOS PÚBLICOS, ¿cuál es el monto adeudado por su depósito de servicios públicos?       |   | \$   |
| MESES BUSCANDO AYUDA Por favor marque todos los que apliquen.   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Enero  | <input type="checkbox"/> Mayo                           | <input type="checkbox"/> Septiembre  |
| <input type="checkbox"/> Febrero  | <input type="checkbox"/> Junio                          | <input type="checkbox"/> Octubre   |
| <input type="checkbox"/> Marzo  | <input type="checkbox"/> Julio                          | <input type="checkbox"/> Noviembre   |
| <input type="checkbox"/> Abril  | <input type="checkbox"/> Agosto                         | <input type="checkbox"/> Diciembre   |
| <b>NOMBRE EN LA CUENTA DE SERVICIOS PUBLICOS</b>  |   | <b>NUMERO DE CUENTA</b>  |
|   |   |  |
| Si busca ayuda con un DEPÓSITO DE SERVICIOS PÚBLICOS, ¿cuál es su dirección de MUDANZA?                                       |   |  |
| <b>CALLE 1</b>  |   | <b>UNIDAD/APARTAMENTO/LOTE</b>   |
|   |   |  |
| <b>CALLE 2</b>  |   |  |
|   |   |  |
| <b>CIUDAD</b>   | <b>ARIZONA</b>  | <b>CODIGO POSTAL</b>   |
|   |   |  |



[www.SaveTheFamily.org](http://www.SaveTheFamily.org)

**PARTE VIII. INGRESOS DEL HOGAR** Por favor enumere cada fuente de ingresos del hogar.

| MIEMBRO DEL HOGAR | FUENTE DE INGRESOS | FRECUENCIA DE PAGO | FECHA DE INICIO | FECHA FINAL | CANTIDAD RECIBIDA ANTES DE LAS DEDUCCIONES |
|-------------------|--------------------|--------------------|-----------------|-------------|--|
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |
|                   |                    |                    |                 |             |  |

**OPCIONES DE FRECUENCIA DE PAGO**

|                |           |         |             |
|----------------|-----------|---------|-------------|
| Semanal        | Quincenal | Anual   | Por Trabajo |
| Cada 2 semanas | Mensual   | Una Vez | Varia       |



**PARTE X. FIRMA DEL SOLICITANTE**

Autorizo al Save the Family y/o su agencia delegada a comunicarse con cualquier fuente necesaria para establecer la exactitud de la información proporcionada por mí. Además, autorizo a cualquier arrendador o compañía de servicios públicos, a la que se pueda realizar el pago de crédito en mi nombre, a divulgar información sobre mi cuenta, incluida, entre otras, la información de facturación al Town of Gilbert y/o su agencia delegada.

Doy fe de que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Esto incluye información sobre los miembros del hogar, ingresos, propiedad, detalles de contacto y todos los demás elementos proporcionados. Soy consciente de que es posible que deba presentar documentación adicional en una fecha posterior, que se puede utilizar para determinar mi elegibilidad para los servicios.

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma