



City of Thornton

Solicitud para Programas de Asistencia 2020

Por favor complete ambos lados y entregue los documentos señalados más abajo.

Este formulario se puede utilizar para solicitar cualquiera de los programas de asistencia a continuación – y para los cuales puede calificar en base a sus ingresos. Por favor marque los programas que está solicitando:

- Programa de Asistencia para Pagar la Factura de Agua
- Programa de Asistencia de Tarifa Reducida
- Programa Click & Haul
- Programa de Reembolso de Impuestos de Propiedad e Impuestos de Venta en Alimentos

Nombre Completo: _____

Domicilio: _____

Ciudad, Código Postal: _____

Número de teléfono diurno: _____ Correo electrónico: _____

Años/Meses viviendo en este domicilio: _____

Indique el tipo de vivienda: Casa Apartamento Casa adosada/Condominio Casas manufacturada

¿Recibe ayuda financiera de alguna agencia para su alquiler o hipoteca (ej.: Section 8)? Sí No

OPCIONES DE ELEGIBILIDAD

Todo solicitante necesitará traer los siguientes documentos originales (nosotros haremos copias):

- Ésta solicitud – Completamente llena por ambos lados, firmada y fechada
 - Identificación con foto emitida por el gobierno de Estados Unidos del solicitante
 - Factura de agua de la ciudad de Thornton a nombre del solicitante
- *** Se necesita únicamente si está solicitando para el Programa de Asistencia para Pagar la Factura de Agua

Puede calificar por medio de **una** de las siguientes opciones, por favor elija la que mejor le funcione:

Opción 1: ¿Actualmente, recibe usted asistencia del programa LEAP? Sí No

Si su respuesta es sí, puede calificar por medio de esta opción. Al recibir asistencia del programa LEAP, **toda la familia** califica para los Programas de Asistencia de Thornton. Por favor traiga los siguientes documentos originales (nosotros haremos copias):

- Carta de declaración de beneficios actual de LEAP

Opción 2: ¿Actualmente, recibe usted beneficios de Medicaid, SNAP, WIC o TANF? Sí No

Si su respuesta es sí, puede calificar por medio de esta opción. Por favor traiga los siguientes documentos originales **por cada miembro de la familia** mayor de 18 años que vive en el hogar (nosotros haremos copias):

- Carta de declaración de beneficios actual de Medicaid, SNAP, WIC o TANF

Opción 3: Si no cumple con los requisitos para la opción 1 y 2:

Si su respuesta es "No" para las opciones 1 y 2, puede calificar **en base a su ingreso familiar bruto total**. Por favor traiga los siguientes documentos originales (nosotros haremos copias):

- Todos los documentos de ingresos recientes para cada persona mayor de 18 años que vive en el hogar (Por ejemplo: Declaración de impuestos, talones de cheques, ingresos de seguridad social, jubilación/pensión, desempleo, etc. entre otros)
- Estado de cuenta bancaria más reciente para cada persona mayor de 18 años que vive en el hogar

AVISO: Es posible que se requieran documentos adicionales dependiendo del programa que está solicitando o de la situación de su hogar.

LISTE TODOS LOS MIEMBROS QUE VIVEN EN EL HOGAR: todas las personas que residan en el hogar incluyendo al solicitante.

Nombre Completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad	Ingresos Mensuales Antes de impuestos <small>*Se requiere únicamente si no recibe beneficios de LEAP, Medicaid, SNAP, WIC, o TANF.</small>
	Mi Persona			

AFIDÁVIT

Yo juro o afirmo bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de Colorado que soy ciudadano estadounidense, o que soy residente permanente legal de los Estados Unidos, o que estoy legalmente en este país en cumplimiento con la ley federal. Entiendo que la ley estatal me exige proporcionar pruebas de que estoy legalmente en los Estados Unidos para poder recibir este beneficio público.

También certifico que la información proporcionada en y con esta solicitud es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender. Entiendo que si he proporcionado información falsa o engañosa se me negará la ayuda o se me exigirá que reembolse el costo de la asistencia recibida. Autorizo al personal de la ciudad de Thornton a verificar toda la información proporcionada. Cumpliré con todas las políticas y ordenanzas de la ciudad para estos programas. Entiendo que los solicitantes que hayan calificado para dichos programas, solo pueden recibir ayuda una vez por año calendario.

Nombre Completo del Solicitante

Firma del Solicitante

Fecha