



COMMUNITIES IN ACTION COVID-19 CARES ACT

SOLICITUD DE ASISTENCIA

Ayuda para acceder: Si ustedes necesitan algún arreglo especial para acceder y completar esta solicitud, favor de llamar al tel. 619-420-3620

Para ser elegible para ayuda, los hogares deben haber sufrido una dificultad financiera directa, debida específicamente al COVID-19, estar abajo del 200% del Ingreso Medio del Area y vivir en una dirección postal de la Región Sur.

Preguntas de elegibilidad Básica (el cliente debe cubrir todos los requerimientos):

1. ¿Ha tenido usted una dificultad financiera debido al COVID-19?

- Si
 No

2. ¿Vive usted en la Región Sur?

- Si
 No

Zonas Postales elegibles (favor de marcar):

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 91902 | <input type="checkbox"/> 91915 | <input type="checkbox"/> 92154 |
| <input type="checkbox"/> 91910 | <input type="checkbox"/> 91932 | <input type="checkbox"/> 92155 |
| <input type="checkbox"/> 91911 | <input type="checkbox"/> 91950 | <input type="checkbox"/> 92173 |
| <input type="checkbox"/> 91913 | <input type="checkbox"/> 92118 | |
| <input type="checkbox"/> 91914 | <input type="checkbox"/> 92135 | |

3. ¿Los ingresos de su hogar antes de impuestos en los últimos 30 días caen en o por debajo de estos totales mensuales/anuales basados en el tamaño de su hogar? (**Consulte los gráficos a continuación**)

- Si **Se requiere un comprobante de ingresos*
 No

Lista Anual 2020

Hogar/ Tamaño de la familia	200%
1	\$25,520
2	\$34,480
3	\$43,440
4	\$52,400
5	\$61,360
6	\$70,320
7	\$79,280
8	\$88,240
9	\$92,720
10	\$97,200

Lista mensual 2020

Hogar/ Tamaño de la familia	200%
1	\$2,127
2	\$2,873
3	\$3,620
4	\$4,367
5	\$5,113
6	\$5,860
7	\$6,607
8	\$7,353
9	\$7,726
10	\$8,099

Presentación de la solicitud:

Puede devolver su solicitud completa junto con los documentos requeridos de una de las siguientes maneras:

- Dejar en persona en: South Bay Community Services at 430 F. Street Chula Vista, CA 91910 (Monday-Friday

8:30am-5:00pm)

- Email: covidassistance@csbcs.org

Asegúrese de incluir todos los documentos requeridos junto con su correo electrónico.



COMMUNITIES IN ACTION COVID-19 CARES ACT SOLICITUD DE ASISTENCIA

La solicitud de asistencia ayuda a los hogares directamente impactados por el COVID-19 a solicitar lo siguiente:

- Ayuda para alimentos
- Ayuda en transportación
- Ayuda para servicios públicos
- Ayuda para renta

Contacto e Información de Elegibilidad

Nombre completo:			
Dirección:	Ciudad:	Z. P.:	Teléfono:
Email:		Tamaño del hogar:	
Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Otro	Incapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico			
Origen Hispanico/Latino/ Español: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Militar activo <input type="checkbox"/> No se aplica	Numero de adultos en el hogar: Número de niños en el hogar:	
Nivel educativo <input type="checkbox"/> Grado 0 a 8 <input type="checkbox"/> 9 a 12 no graduado <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria/ GED <input type="checkbox"/> 12+ Post preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de Universidad 2 a 4 <input type="checkbox"/> Escuela de graduados			
¿Tiene ustedes Seguro de Salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fuente:			
Situación de empleo: <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola temporal inmigrante <input type="checkbox"/> Desempleado menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses <input type="checkbox"/> Jubilado			
Situación del hogar: <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente <input type="checkbox"/> Otro:			
Ingreso Bruto del hogar: \$	Fuentes de ingreso (favor de incluir fuentes de ingreso de todos los adultos en el hogar; marcar lo aplicable): <input type="checkbox"/> Ingreso de empleo y beneficios en especie <input type="checkbox"/> Ingreso de empleo y otros ingresos <input type="checkbox"/> Ingreso de empleo únicamente <input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Beneficios en especie únicamente <input type="checkbox"/> Otra Fuente de ingresos y beneficios en especie <input type="checkbox"/> Otra Fuente de ingresos solamente / <input type="checkbox"/> Desconocidos		
Tipo de hogar <input type="checkbox"/> Únicamente madre <input type="checkbox"/> Únicamente padre <input type="checkbox"/> Dos padres <input type="checkbox"/> Una sola persona <input type="checkbox"/> Dos adultos, sin niños <input type="checkbox"/> Adultos sin parentesco con niños <input type="checkbox"/> Otro:			

***Por favor proporcione una prueba de ingresos.



COMMUNITIES IN ACTION COVID-19 CARES ACT SOLICITUD DE ASISTENCIA

Favor de indicar la mejor descripción de la ayuda que se está solicitando:

- Ayuda para alimentos
- Ayuda para
transportación
- Ayuda para servicios públicos
- Ayuda para renta

Preguntas

Para ser elegible para ayuda, su hogar debe haber sufrido dificultades financieras directas debidas al COVID-19:

Favor de marcar todas las Casillas que describan mejor la situación de su hogar y de dar una explicación detallada de cada casilla marcada.

- Pérdida de empleo – favor de explicar en detalle.

- Horas de empleo reducida – favor de explicar en detalle.

- Salario por hora de empleo reducido – favor de explicar en detalle.

- Tuvo que renunciar / redujo horas de empleo debido a falta de guardería/cierres escolares – favor de explicar en detalle.

- Tuvo que renunciar / redujo horas de empleo debido a una condición médica seria (o de algún otro miembro del hogar- favor de explicar en detalle.

- Tuvo que renunciar / redujo horas de empleo debido a la necesidad de cuidar a otro miembro adulto del hogar con una condición médica – favor de explicar en detalle

- Otros- favor de explicar en detalle.



COMMUNITIES IN ACTION COVID-19 CARES ACT SOLICITUD DE ASISTENCIA

Al firmar este documento usted atestigua que toda la información proporcionada es verdadera y correcta. Todos los miembros adultos del hogar deben firmar este documento.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Solicitante

Fecha

Presentación de la solicitud:

Puede devolver su solicitud completa junto con los documentos requeridos de una de las siguientes maneras:

- Dejar en persona en: South Bay Community Services at 430 F. Street Chula Vista, CA 91910 (Monday-Friday 8:30am-5:00pm)
- Email: covidassistance@csbcs.org

Asegúrese de incluir todos los documentos requeridos, incluyendo la prueba de ingresos de todos los adultos en el hogar, junto con su correo electrónico.