



UNITED WAY OF VENTURA COUNTY

www.vcunitedway.org

SOLICITUD DE FONDO DE AYUDA PARA EL INCENDIO "THOMAS FIRE"

FECHA LÍMITE PARA SOLICITAR: **30 de abril, 2018**

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE -UNA SOLICITUD POR HOGAR SOLAMENTE

Nombre	Apellido	Número de teléfono
--------	----------	--------------------

LA INFORMACIÓN DE ETNICIDAD Y RAZA ES OPCIONAL. SE SOLICITA PARA ASEGURARNOS QUE LOS BENEFICIOS SEAN DADOS SIN CONSIDERAR RAZA, COLOR U ORIGEN NACIONAL. SUS RESPUESTAS NO AFECTARÁN SU ELEGIBILIDAD O APOYO DE FINANCIACIÓN.
 Marque esta casilla si no desea dar información sobre su raza o grupo étnico a United Way

ETNIA/RAZA
 ¿ES USTED HISPANO, LATINO O DE ORIGEN HISPANO? Sí NO
 Blanco Indio Americano/Nativo de Alaska Negro/Afroamericano Asiático/Isleño del Pacífico

DIRECCIÓN DONDE SE PRODUJO EL DAÑO

Dirección	Número de apt.	Ciudad	Zona postal
-----------	----------------	--------	-------------

INFORMACIÓN DE DATOS ACTUALES

Dirección	Número de apt.	Ciudad	Zona postal
Correo electrónico			

SI ESTÁ ALQUILANDO PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DE PROPIETARIO

Nombre del propietario	Número de teléfono
------------------------	--------------------

SE REQUIERE PRUEBA DE RESIDENCIA PRINCIPAL EN EL MOMENTO DEL INCENDIO. ENTREGUE UNA COPIA DE UNO DE LOS SIGUIENTES:

<input type="checkbox"/> Declaración de impuestos <input type="checkbox"/> Registro de votantes <input type="checkbox"/> Facturas de servicios públicos	<input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Identificación con fotografía <input type="checkbox"/> Contrato de arrendamiento	AGENCY USE ONLY Is address in the fire area: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
---	---	--

DESCRIBA BREVEMENTE CÓMO FUE AFECTADO POR EL INCENDIO DE THOMAS (THOMAS FIRE)

MARCAR TODO LO QUE CORRESPONDA	PROPORCIONAR DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Residencia destruida / dañada <input type="checkbox"/> Habitablemente de Casa <input type="checkbox"/> Medios de subsistencia / Ingresos / Empleo (Herramientas, uniforme, transporte) <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Otro:	

INFORMACIÓN DEL SEGURO

MARCAR TODO LO QUE CORRESPONDA	PROPORCIONAR INFORMACIÓN DE COBERTURA Y DEDUCIBLE
<input type="checkbox"/> Propietarios <input type="checkbox"/> Inquilinos <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Otro:	



UNITED WAY OF VENTURA COUNTY

WWW.VCUNITEDWAY.ORG

SOLICITUD DE FONDO DE AYUDA PARA EL INCENDIO "THOMAS FIRE"

INGRESO ANUAL TOTAL DEL HOGAR ANTES DE IMPUESTOS (SE PUEDE EXIGIR EL COMPROBANTE DE INGRESOS)		
INFORMACIÓN DEL HOGAR		
Nombre (Apellido, primer nombre)	Relación con el jefe de familia	Edad
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
TIPO DE FAMILIA		
<input type="checkbox"/> Persona soltera	<input type="checkbox"/> Hogar de dos padres	<input type="checkbox"/> Padre soltero
<input type="checkbox"/> Adultos – Sin hijos	<input type="checkbox"/> Adultos y niños	<input type="checkbox"/> Otro:
VIVIENDA - ANTES DEL INCENDIO		
<input type="checkbox"/> Dueño	<input type="checkbox"/> Comprando	<input type="checkbox"/> Alquilar
<input type="checkbox"/> Sin hogar	<input type="checkbox"/> Temporalmente viviendo con Amigo / pariente	<input type="checkbox"/> Otro:
Cantidad:	Lista de recursos:	

Yo entiendo lo siguiente al firmar esta solicitud:

La información de identificación personal será recopilada y utilizada para determinar la elegibilidad;

La información recopilada se ingresará en la Red de Asistencia Coordinada (CAN); y

Autorizo el permiso de la información provista en esta solicitud para determinar la elegibilidad

Firma del solicitante

Fecha

INGRESOS ACTUALES Y TAMAÑO DE LA FAMILIA PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE VIVIENDA CONTRA INCENDIOS DEL CONDADO DE VENTURA

Income Limits Chart								
Family Size	1 Person	2 People	3 People	4 People	5 People	6 People	7 People	8 People
	\$ 84,000	\$ 96,000	\$108,00	\$ 119,880	\$ 129,480	\$139,080	\$ 148,680	\$ 158,280

Se aplicarán requisitos de criterios de elegibilidad adicionales, y los criterios básicos pueden cambiar según las necesidades de la comunidad y los fondos disponibles.

AGENCY USE ONLY	
VERIFICATION REVIEWED AND VERIFIED: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DATE:
AGENCY NAME:	EMPLOYEE NAME/INITIALS:
REQUESTED AMOUNT:	FINAL RECOMMENDATION:
CATEGORY OF ASSISTANCE:	