**SOLICITUD DE SERVICIOS (FORMULARIO DV-CV-AH-001)**

**PROGRAMA DE SERVICIO AUXILIARES EN EL HOGAR COVID-19**

1. **Persona que solicita el servicio**

Nombre: Click or tap here to enter text.

Teléfono: Click or tap here to enter text.

Dirección: Click or tap here to enter text.

Parentesco (si aplica): Click or tap here to enter text.

1. **Datos Personales del Participante**

Nombre: Click or tap here to enter text.

Dirección: Click or tap here to enter text.

Fecha Nacimiento: dd/mm/aaaa

Sexo:  F  M  Otro **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre del Cónyuge: Click or tap here to enter text.

Ocupación: Click or tap here to enter text.

Lugar de Trabajo: Click or tap here to enter text. Salario: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Jefe Familia: Click or tap here to enter text.

Ocupación: Click or tap here to enter text.

Lugar de Trabajo: Click or tap here to enter text. Salario: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trabaja algún otro miembro de la familia: Click or tap here to enter text.

Nombre: Click or tap here to enter text.

Ocupación: Click or tap here to enter text.

Lugar de Trabajo: Click or tap here to enter text. Salario: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Fuentes de Ingresos**

Seguro Social: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pensión: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asistencia Económica: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa Asistencia Nutricional: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Aunque el PAN no se considera ingreso, en el cálculo de determinación de elegibilidad, si permite validar cierta información de la composición familiar\***

1. **Composición Familiar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Edad** | **Parentesco** |
| Click or tap here to enter text. |  |  |
| Click or tap here to enter text. |  |  |
| Click or tap here to enter text. |  |  |
| Click or tap here to enter text. |  |  |

1. **Necesidad del Servicio**

Descripción del impedimento o condición:

Click or tap here to enter text.

Situación por la que solicita el servicio:

Click or tap here to enter text.

Certifico que toda la información antes mencionada es cierta y correcta y que todo el ingreso ha sido informado. Entiendo que esta información es provista para la determinación de elegibilidad del Programa CDBG-CV y que los oficiales del Municipio o el Departamento de la Vivienda pueden verificar la información de este formulario. Soy consciente de que, de acuerdo al el Título 18, Sección 1001 del Código de EE. UU., si deliberadamente proveo información falsa puedo estar sujeto(a) a que me procesen conforme a las leyes estatales y federales que apliquen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre del Solicitante** |  | **Fecha** |
|  |  |  |
| **Firma del Solicitante** |  |  |