### HOJA DE SOLICITUD PARA OTROS PROGRAMAS DE SERVICIO PÚBLICO (FORMULARIO DV-CV-SP-010)

Programa de alcance en la comunidad

Programa para proveer equipos, suministros y materiales necesarios para llevar a cabo un servicio público

Programa de entrega de alimentos

Cuidado de los niños

Servicios de salud mental en respuesta al COVID

Servicios legales en respuesta al COVID

Otro: Click or tap here to enter text.

**Por favor complete la solicitud siguiente para efectos de poder evaluar su elegibilidad para el Programa y cumplir con otros informes federales. La misma deberá ser completada por el jefe o jefa del hogar. La información de esta solicitud es estrictamente confidencial y no se divulgará de manera individual a personas fuera del programa en el Municipio o el Administrador de los Fondos (DVPR) sin el consentimiento escrito del solicitante.**

**Información del solicitante:**

**Nombre:**Click or tap here to enter text.

**Dirección física de la unidad de Vivienda para la cual se solicita el beneficio:**

Click or tap here to enter text.

**Últimos cuatro dígitos de seguro social:** Click or tap here to enter text.

**Número de teléfono**: Click or tap here to enter text.

**Correo electrónico**: Click or tap here to enter text.

Las siguientes tres preguntas, solo se utilizan para efectos de informes y análisis del desempeño del Programa. Las mismas no se utilizan para determinar la elegibilidad de los participantes.

1. **Indique su género:**

Masculino  Femenino

Transgénero (Masculino/Femenino)

Transgénero Femenino/Masculino)

No se identifica como masculino, femenino o transgénero

1. **¿Es usted de origen Hispano, Latino, o Español?**

Sí  No

1. **¿Cuál es su raza? (Puede seleccionar una o más razas, pero para propósitos de reporte de datos se reportará como "Multi-racial" a aquellas personas que se identifiquen con varias razas)**

Blanco

Negro o afroamericano

Multi-racial

Nativo de Alaska o indio americano asiático

Nativo de Hawaii o de alguna otra isla del Pacífico

Otra, indique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No sabe/Rehusó

**Información del hogar:**

1. **¿Cuáles de los siguientes daños, si alguno, han enfrentado en su hogar como consecuencia del COVID-19?**

Pérdida de trabajo

Reducción en la jornada laboral

Disminución de ingresos

Diagnóstico de COVID que me llevó a la incapacidad para trabajar

Otro: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **¿Cuáles era el ingreso bruto mensual de su hogar antes de que iniciara el COVID-19 en Puerto Rico, en marzo de 2020?**

Por ingreso bruto, nos referimos a los ingresos que devenga mensualmente por concepto, antes de impuestos, contribuciones o deducciones, incluyendo ingresos por salario, trabajo por cuenta propia, negocio, pensiones, entre otros.

Ingresos familiares mensuales anteriores a COVID: $

1. **¿Cuántas personas componen su hogar, incluyéndose usted?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Por favor indique la información siguiente para todos los miembros que componen su unidad familiar.**

Por ingreso anual familiar se entiende el total de los ingresos de todas las personas que viven en la misma familia y que están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción y se beneficiarán de las actividades. Deberá proveer evidencia de los ingresos de todos los miembros del hogar mediante: Último informe de sueldo expedido por el patrono; Copia certificada de Planilla de Contribución sobre Ingresos; Copia del último cheque o giro recibido por el concepto de pensiones tales como: seguro social, retiro y veterano entre otros. En el caso de recibir asistencia del Programa de Asistencia Nutricional, deberá indicar la cantidad en el encasillado que corresponde al jefe del hogar o persona que recibe el beneficio. Aunque el PAN no se considera ingreso en el cálculo de determinación de elegibilidad, permite validar cierta información de la composición familiar. Por ingreso bruto, nos referimos a los ingresos que devenga mensualmente por concepto, antes de impuestos, contribuciones o deducciones, incluyendo ingresos por salario, trabajo por cuenta propia, negocio, pensiones, entre otros.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombres**  **(comience por el nombre**  **suyo como solicitante)** | **Edad** | **Relación**  **con el**  **solicitante** | **¿Tiene alguna**  **discapacidad?** | **Ingreso**  **mensual**  **bruto** | **Fuente de ingreso actual** |
| 1. |  |  | Sí /  No | **$** |  |
| 2. |  |  | Sí /  No | **$** |  |
| 3. |  |  | Sí /  No | **$** |  |
| 4. |  |  | Sí /  No | **$** |  |
| 5. |  |  | Sí /  No | **$** |  |
| **Ingreso total mensual (sin incluir PAN)** | | | | **$** | |
| **Ingreso total anual** | | | | **$** | |

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** |  |  |