Estado Libre Asociado

**PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA UTILIDADES**

**FONDOS CRF**



 **Oficina de Servicios al Ciudadano y La Familia**

 Apartado 250

 Barranquiras, P.R. 00794

 787-857-2065, extensión 7723 ó 8003

barranquitasutilidadcrf@gmail.com

**Solicitud Número:** CRF- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **SOLICITUD ASISTENCIA PARA UTILIDADES** |
| Por favor complete todas las secciones y conteste cada pregunta. Firme la solicitud la Declaración del Solicitante. Si usted no completa todas las secciones y preguntas y/o no firma la solicitud y la Declaración del Solicitante o si no provee la documentación requerida como se indica en rojo en la solicitud, su solicitud puede ser demorada o se le puede negar la ayuda. |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE / MIEMBROS DEL HOGAR** |
| Complete lo siguiente para todas las personas que viven en su hogar, relacionado o no, incluyendo a si mismo (agregue página adicional si es necesario). El primer nombre en la solicitud, tiene que ser el nombre de la persona que está solicitando los servicios (persona que está en el recibo de servicios de la casa).  |
| **Nombre** | **Relación** | **Sexo** | **Fecha de nacimiento** | **Edad** | **Incapacidad** | **Seguro Social****Últimos 4 dígitos** |
| **F/M** | **M/D/A** | **SI** | **NO** |
|   | Solicitante |  |   |   |   |   | XXX-XX-  |
|   |   |  |   |   |   |   | XXX-XX-  |
|   |   |  |   |   |   |   | XXX-XX-  |
|   |   |  |   |   |   |   | XXX-XX-  |
|   |   |  |   |   |   |   | XXX-XX-  |
|   |   |  |   |   |   |   | XXX-XX-  |
| Dirección Física:   | Ciudad:  | Estado:  | Código Postal:  |
| Dirección Postal:   | Ciudad:  | Estado:  | Código Postal:  |
| Teléfono Celular: ( ) -  | Teléfono Residencial:( ) -  | Correo Electrónico:  |
| **INFORMACIÓN SOBRE SU VIVIENDA** |
| Personas que rentan/alquilan: Proveer una copia actual y completa del contrato de renta/alquiler.1. Tipo de Casa:

 \_\_\_ Apartamento \_\_\_ Condominio \_\_\_ Habitación Alquilada \_\_\_ Casa Movible \_\_\_ Duplex \_\_\_ Motel/Hotel \_\_\_ Estudio \_\_\_ Remolque de Viaje \_\_\_ Otro 1. Gasto de Vivienda:

 Renta $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comprando $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pago por un espacio $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_ Dueño ¿Compra Hipotecaria o Herencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1. ¿Vive usted en una vivienda subvencionada donde las utilidades se incluyen en la renta o

 alquiler? \_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_\_NO |
| **INFORMACIÓN SOBRE UTILIDADES** |
| SERVICIO DE AGUA(Adjunte Copia de Factura)Marque la que aplique:\_\_\_Recibo una factura de la compañía de utilidad\_\_\_El servicio está incluido en mi alquiler/hipoteca\_\_\_Pago una cuenta separada por servicio de agua al dueño | SERVICIO DE ELECTRICIDAD(Adjunte Copia de Factura)Marque la que aplique:\_\_\_Recibo una factura de la compañía de utilidad\_\_\_El servicio está incluido en mi alquiler/hipoteca\_\_\_Pago una cuenta separada por servicio de electricidad al dueño |
| Nombre de la Compañía:  | Nombre de la Compañía:  |
| Número de Cuenta:  | Número de Cuenta:  |
| Meses de atraso: \_\_\_\_\_\_\_\_Si el atraso fue incurrido antes de la fecha del 1 de marzo de 2020, **NO CUALIFICA** para asistencia bajo este programa. | Meses de atraso: \_\_\_\_\_\_\_\_Si el atraso fue incurrido antes de la fecha del 1 de marzo de 2020, **NO CUALIFICA** para asistencia bajo este programa. |
| Cantidad Adeudada: | Cantidad Adeudada: |
| (Nombre en la cuenta)¿Es este es el dueño de la propiedad? \_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_ NO(Si la persona cuyo nombre aparece en la cuenta NO es el dueño y NO vive con usted, provea la dirección, número de teléfono y relación de esta persona a usted en la Certificación de Utilidad que se aneja). También incluya identificación de la persona que está nombrada en la cuenta de servicios.  | (Nombre en la cuenta)¿Es este es el dueño de la propiedad? \_\_\_\_ SÍ \_\_\_ NO(Si la persona cuyo nombre aparece en la cuenta NO es el dueño y NO vive con usted, provea la dirección, número de teléfono y relación de esta persona a usted en la Certificación de Utilidad que se aneja). También incluya identificación de la persona que está nombrada en la cuenta de servicios. |
| **INGRESOS** |
| 1. ¿Tuvo usted pérdida de Ingresos después del 1 de marzo de 2020? \_\_\_ Si \_\_\_ No

(si la respuesta es Sí, indique el tipo de pérdida, si la respuesta es **No**, el solicitante **NO CUALIFICA** para asistencia bajo este programa)\_\_\_ Reducción de Horas Laborables \_\_\_ Despido \_\_\_ Cesantía1. Actualmente, ¿recibe usted algún Ingreso? \_\_\_ Si \_\_\_ No

(si la respuesta es Sí, indique el ingreso recibido) Empleo $\_\_\_\_\_\_\_\_ Desempleo $\_\_\_\_\_\_\_\_ Asistencia Nutricional $\_\_\_\_\_\_\_\_ Otros $\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Adjunte toda evidencia de pérdida de ingresos como por ejemplo: carta de despido, carta de reducción de horas laborables, carta de cesantía, carta del desempleo**. |
| **CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE PARA EL RECIBO DE ASISTENCIA** |
| CERTIFICO, que no he recibido anteriormente ayuda bajo los fondos CRF o algún otro fondo federal para el mismo propósito. Que he recibido la orientación en relación a los requisitos y procesos a seguir para el recibo de la asistencia para el pago de utilidades.Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE** |
| DECLARO, que toda la información aquí contenida es cierta y correcta, además que no he ocultado ninguna información para obtener la ayuda solicitada. Que la información provista en esta solicitud es sujeta a verificación e investigación por los funcionarios municipales, estatales y/o federales. Autorizo a que la misma sea verificada y de haber alguna información falsa en la solicitud, la agencia podrá desaprobar y descalificar la solicitud. Seré responsable de pagar todo el dinero, servicios y beneficios por los cuales no tendré derecho a recibir. Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PARA USO OFICIAL** |
| Asistencia: Aprobada  Desaprobada |
| Asistencia para Utilidad Servicio de Agua:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de meses en atrasos.$\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad total en atrasos.  $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad otorgada de asistencia. (no puede exceder los $500.00 entre ambas asistencias)  | Asistencia para Utilidad Energía Eléctrica:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de meses en atrasos.$\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad total en atrasos.  $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cantidad otorgada de asistencia. (no puede exceder los $500.00 entre ambas asistencias) |
| **Evaluado por:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Funcionario Fecha |