

*¿Cuáles son sus fuentes de ingresos **mensuales**? Marque todo lo que corresponda.*

Cantidad Mensual

- Empleo (salarios, propinas, Bonos, etc.)\$ _____
- Pensión alimenticia/Manutención infantil.....\$ _____
- Seguro Social Jubilación/Discapacidad..... \$ _____
- Bienestar/TANF/ Asistencia de Comida (SNA.....\$ _____
- Indemnizacion.....\$ _____
- Fondos Fiduciarios/ Anualidades/Interés..... \$ _____
- Ganancias de la lotería/Acuerdos de Seguros, etc\$ _____
- Regalos de Familia.....\$ _____
- Otro: _____ \$ _____

¿Cuáles son sus gastos mensuales? Proporcione documentación de estos gastos cuando envíe su solicitud.

- Renta.....\$ _____
- Utilidades.....\$ _____
- Gas.....\$ _____
- Agua/Alcantarilla.....\$ _____
- Seguro de Salud\$ _____
- Seguro de Carro\$ _____
- Cuidado de Niños.....\$ _____
- Manutención infantil/Pensión alimenticia.....\$ _____
- Otro.....\$ _____

*¿Qué otros recursos has buscado? **Debe proporcionar una respuesta para cada uno** (Aprobado, Terminado, negado etc.)*

Autoridad de Vivienda

Aplicado?

Sección 8 Asistencia de alquiler/HUD/etc.... Si - Estado: _____ No- Razón: _____

Seguro Social/Discapacidad/etc..... Si - Estado: _____ No- Razón: _____

Servicios Sociales

TANF..... Si - Estado: _____ No- Razón: _____

Estampas de Comida/SNAP..... Si - Estado: _____ No- Razón: _____

Medicaid/CHP+ Si - Estado: _____ No- Razón: _____

Fondos de Emergencias..... Si - Estado: _____ No- Razón: _____

Misc COVID-19 Fondos..... Si - Estado: _____ No- Razón: _____

Seguro Médico..... Si - Estado: _____ No- Razón: _____

Caridades Privados..... Si - Estado: _____ No- Razón: _____

Familia/Amigos(as)..... Si - Estado: _____ No- Razón: _____

Compensación de Víctimas..... Si - Estado: _____ No- Razón: _____

Otro: _____ Si- Estado: _____ No- Razón: _____

Por favor, explique cómo ha agotado todos sus otros recursos: _____

Proporcione cualquier otra información que considere que le ayudaría a determinar su elegibilidad para el Fondo de Buen Vecino: _____

Certificado:

Certifico que la información dada en esta solicitud es precisa y completa a lo mejor de mi conocimiento y creencia. También entiendo que las declaraciones o información falsas son motivos para la denegación de asistencia y/o el enjuiciamiento del fraude, según lo permitido por la ley de Colorado.

Firma del solicitante: _____

_____/_____/_____
Fecha

Firma del cosolicitante: _____

_____/_____/_____
Fecha

Por favor, envíe esta solicitud, junto con una prueba de lo siguiente,

- ✓ Prueba de empleo (ejemplo. talones de cheque, carta de oferta, etc.)
- ✓ Copias de todas las facturas financieras (carro, electricidad, seguro etc.)
- ✓ Copia del contrato de arrendamiento o declaración de hipoteca

Enviar a:

Tri-County Health Network

Correo postal: PO Box 4178 Telluride, CO 81435

Por fax: 888-595-3242 By email: GNF@tchnetwork.org

Algunas preguntas, llama TCHNetwork : 970-708-7096