



APPLICATION DE FONDOS VECINO BUENO

Fondos proporcionada por la Fundación Telluride

GNF # _____ Approved Denied
Application received ____/____/_____
Referred by _____
Total grant awarded \$ _____
Completed by: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Primero Segundo Nombre DD/MM/YYYY

¿Usted está casado(a) o vive con una pareja? Sí No

En caso de sí, nombre de esposo(a) o una pareja: _____

Apellido **Primer** **Segundo Nombre**

¿Número de niños(as) viviendo en su hogar? _____ Edades: _____

Dirección Física: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo: _____ Igual a la Dirección Física

Cantidad de tiempo viviendo/trabajando en Rico, San Miguel, West Montrose, o Condado de Ouray: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Anos/Meses _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

¿Usted se va a quedar en este lugar después que se termine esta crisis? Sí No

Digitized by srujanika@gmail.com

Cantidad Solicitado: \$ _____

¿Para qué está usted solicitando estos fondos? _____

Por favor describe en detalle porque usted está en esta crisis:

¿Ha usted (o su esposo) aplicado para el Fondos de Vecinos Buenos en el pasado? Sí No

**En caso de SÍ, por favor proveer los días(s) y la cantidad de la solicitud ____/____/____
\$_____**

Información de Empleo:

¿Está actualmente empleado? Sí No

¿Si No, ha usted aplicado para beneficios de desempleo? Sí No

Fecha en que aplico para los beneficios de desempleo: ____ / ____ / ____

¿Fue aprobada su aplicación para beneficios de desempleo? Sí No

Fecha en que los beneficios empezó o van a empezar: ____ / ____ / ____

Cantidad de beneficios de desempleo que usted va a recibir cada mes: \$_____

Empleador actual o más reciente: _____

Nombre de la compañía

Ciudad

Estado

Nombre de director y Número de Teléfono: _____

¿Si está desempleado(a) o de licencia, en qué fecha comenzó su desempleo? ____ / ____ / ____

¿Planea regresar a este empleador? Sí No Fecha: ____ / ____ / ____

¿Se requiere una liberación médica para su regreso? Sí No

¿Qué es la fecha anticipada para la liberación medica? ____ / ____ / ____

¿Tiene un nuevo trabajo forrado? Sí No Fecha de comienzo anticipada: ____ / ____ / ____

Empleador Nuevo: _____

Nombre de la Compañía

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Nuevo Nombre de Empleador y Número de Teléfono: _____

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

Cantidad Mensual

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Empleo (salarios, propinas, Bonos, etc) | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Sueldos mensuales de la temporada alta* | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Sueldos mensuales del mes actual * | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/Manutención infantil | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social Jubilación/Discapacidad* | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Bienestar/TANF/ Asistencia de Comida (SNAP) | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Indemnización | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Fondos Fiduciarios/Anualidades/Interés | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Ganancias de la lotería/Acuerdos de Seguros, etc | \$ _____ |

*Comprobante de las fuentes de ingresos requeridas

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

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Renta/Pagos de hipotecario | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Utilidades (electricidad, agua, gas) | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Celular/Teléfono | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Comida/alimentación | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Billes médicos de salud (seguro médico, medicamentos) | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Pagos del coche (aseguranza del coche, gasolina, pagos del coche) | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de Ninos | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil/Pensión alimenticia | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> 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:_____

¿Cuánto dinero tienes listo para gastar (incluyendo las cuentas del banco de checking y ahorros*)? \$ _____

¿Vas a recibir un pago del gobierno por el paquete de estímulo para responder al COVID-19? Sí No

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.)
- ✓ Prueba de seguro social, retiro, y/o pagos de discapacidad (si se aplica)
- ✓ Copias de todas las facturas financieras (carro, electricidad, seguro etc.)
- ✓ Copia del contrato de arrendamiento o declaración de hipoteca
- ✓ Prueba de los balances de cuentas corrientes y de ahorros del banco

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, llame TCHNetwork : 970-708-7096