



## APLICACION 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	Primero	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: \_\_\_\_\_  
Anos/Meses

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Hogar Móvil

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

**Cantidad Solicitado: \$**\_\_\_\_\_

¿Para qué está usted solicitando estos fondos? \_\_\_\_\_

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

[illegible]

¿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? ☐ Si ☐ No      Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Se requiere una liberación médica para su regreso? ☐ Si ☐ No

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

¿Tiene un nuevo trabajo forrado? ☐ Si ☐ 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

- ☐ Empleo (salarios, propinas, Bonos, etc.)
- ☐ Sueldos mensuales de la temporada alta\*.....\$ \_\_\_\_\_
- ☐ Sueldos mensuales del mes actual \* .....\$ \_\_\_\_\_
- ☐ Pensión alimenticia/Manutención infantil.....\$ \_\_\_\_\_
- ☐ Seguro Social Jubilación/Discapacidad\*.....\$ \_\_\_\_\_
- ☐ Bienestar/TANF/ Asistencia de Comida (SNAP).....\$ \_\_\_\_\_
- ☐ Indemnización.....\$ \_\_\_\_\_
- ☐ Fondos Fiduciarios/Anualidades/Interés.....\$ \_\_\_\_\_
- ☐ 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.

- ☐ Renta/Pagos de hipotecario .....\$ \_\_\_\_\_
- ☐ Utilidades (electricidad, agua, gas).....\$ \_\_\_\_\_
- ☐ Celular/Teléfono .....\$ \_\_\_\_\_
- ☐ Comida/alimentación .....\$ \_\_\_\_\_
- ☐ Billes médicos de salud (seguro médico, medicamentos) .....\$ \_\_\_\_\_
- ☐ Pagos del coche (aseguranza del coche, gasolina, pagos del coche) .....\$ \_\_\_\_\_
- ☐ 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 Victimas..... ☐ 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