

La Ciudad de Gilroy en asociación con St. Joseph's Family Center
 Subsidio Global Para El Desarrollo Comunitario (CDBG) – Ley CARES
Programa de Ayuda para el Alquiler COVID-19
Para la Prevención de Pérdida de Vivienda

SOLICITUD			
Nombre:			
Dirección:			
¿Cuántas personas viven en su hogar?			
Nombre y Dirección del Empleador			
¿Está trabajando?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no, ¿cuál fue la fecha del último día que trabajó?	
Ingreso total del hogar: (Incluya los ingresos de todas las personas que viven en la casa del solicitante.)			\$
¿Sus ingresos se han sido afectados directamente por la pandemia COVID-19? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si la respuesta es "no", no es elegible.</i> <i>Si la respuesta es "sí", ¿proporcionó documentación clara que demuestre cómo se ha sido afectado? (puede incluir: pérdida de trabajo, reducción de horas, cierre de negocios, etc)</i>			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Está usted o alguien de su hogar recibiendo desempleo u otra asistencia social? Si es así, ¿cuánto? (Adjunte copias de talones de cheques, estados de cuenta o pagos).			
Pagador / Empresa / Agencia	¿Quién en su hogar recibe estos ingresos?	Cantidad por mes (\$)	
Enumere en el espacio abajo todos los demás ingresos de todos los residentes que viven en el hogar (Adjunte copias del talón de cheque, estados de cuenta o pago.)			
Pagador / Empresa / Agencia	¿Quién en su hogar recibe estos ingresos?	Cantidad por mes (\$)	

La Ciudad de Gilroy en asociación con St. Joseph's Family Center
 Subsidio Global Para El Desarrollo Comunitario (CDBG) – Ley CARES
Programa de Ayuda para el Alquiler COVID-19
Para la Prevención de Pérdida de Vivienda

Enumere todos los pagos de alquiler con fecha de o posterior al 1 de septiembre de 2020 por los cual desea pagar con esta subvención. (Proporcione copias de todo alquiler debida o vencida por la cual está buscando asistencia). * Tenga en cuenta que los pagos solo se pueden realizar en nombre de la solicitud sin que los fondos se envíen directamente al solicitante.	
	Propietario / Hipoteca
Nombre de la Empresa	
Dirección	
Teléfono	
Cantidad total debida a partir del 1 de septiembre del 2020	
Número de cuenta de alquiler #	
¿Adjuntó el aviso de pago debido?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Duplicación de beneficios: ¿Alguien en su hogar ha recibido asistencia financiera desde el 1 de septiembre de 2020 con el propósito de pagar su alquiler o hipoteca? Sí No Si la respuesta es "sí", proporcione una explicación abajo:

Información demográfica: Proporcione información demográfica general para el hogar

Número de: Hombres _____ Mujeres _____ Discapacidad: _____ Si _____ No

Indique el número de personas que viven en su hogar por grupo de edad:

0-5 ____ 6-17 ____ 18-61 ____ Mayor de 62 ____

ETNICIDAD (Seleccione una)
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino
<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino

La Ciudad de Gilroy en asociación con St. Joseph's Family Center
Subsidio Global Para El Desarrollo Comunitario (CDBG) – Ley CARES
Programa de Ayuda para el Alquiler COVID-19
Para la Prevención de Perdida de Vivienda

RAZA (Seleccione una o más)		
<input type="checkbox"/>	Indio Americano o Nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/>	Asiático	
<input type="checkbox"/>	Negro o Afroamericano	
<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawaii o de otra Isla del Pacifico	
<input type="checkbox"/>	Blanco	
CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD: Certifico que esta información es completa y precisa. Acepto proporcionar, si es pedido, documentación sobre todas las fuentes de ingresos a HUD o a la Administradora de Programa. Entiendo que si luego se encuentra una “duplicación de beneficios”, es posible que tenga que reembolsar estos fondos.		
_____	_____	_____
Firma	Nombre En Letra de Molde	Fecha