



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 MM/DD/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: _____
Años/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:

¿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 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