



## 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: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_

---

Si está reaplicando al Fondo del Buen Vecino, explique sus acciones para estabilizarse financieramente que realizó desde la última vez que recibió fondos.

---

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