

## SOLICITUD DE FINANCIACIÓN DE LA LEY CARES - ROANOKE CITY

Esta es una solicitud para recibir fondos de emergencia destinados a cubrir los gastos en los que se ha incurrido durante la pandemia de COVID-19 y que estén directamente relacionados con ella. Debe proporcionar información completa, precisa y veraz. Si no presenta la documentación que requerida, como una justificación de residencia, no podremos determinar su elegibilidad para recibir la ayuda. Si, a sabiendas, usted proporciona información falsa, incorrecta o incompleta, podría tener consecuencias legales.

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD CÓDIGO POSTAL

¿HACE CUÁNTO TIEMPO VIVE EN ESTA DIRECCIÓN? \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO:  
 \_\_\_\_\_

TELÉFONO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO ALTERNATIVO: \_\_\_\_\_

Enumere a todos los miembros del hogar en el presente:

Nombre	SSN	Fecha de nacimiento	Parentesco con el solicitante	Ingresos por empleo (indicar si es semanal, mensual)	Ingresos por desempleo (indicar si es semanal, ¿hasta cuándo?)	Otros ingresos (SSI, Ayuda infantil, etc.)

Sí  NO ¿Su hogar ha experimentado una pérdida o reducción de ingresos desde el 1 de marzo de 2020 que esté directamente relacionada con la COVID-19?

¿Cuál era su ocupación o en qué sector trabajaba en ese momento?  
 \_\_\_\_\_

Enumere todas las **deudas impagas** que tenga y que estén **directamente relacionadas con cómo se vieron afectados los ingresos de su hogar a causa de la COVID-19:**

ELECTRICIDAD:	USD _____	GASTOS MÉDICOS:	USD _____
GAS/GASOLINA/PROPANO:	USD _____	CUIDADO INFANTIL:	USD _____

GASTOS POR FUNERALES:	USD _____		INTERNET DOMÉSTICO:	USD _____
PAGOS DEL AUTOMÓVIL:	USD _____		SEGURO DEL AUTOMÓVIL:	USD _____
OTROS (ESPECIFIQUE): _____				

SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_

SÍ  NO ¿Alguna de las facturas mencionadas anteriormente **está vencida**?

En caso afirmativo, indicar cuáles:

---

**TENDRÁ 15 DÍAS PARA PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN DE DEUDAS IMPAGAS. PRESENTE LAS FACTURAS ORIGINALES. NO SE ACEPTARÁN COPIAS, A NO SER QUE LA FACTURA SE ENTREGUE EN FORMATO ELECTRÓNICO.**

Explique cuál es la relación directa entre la pérdida o reducción de ingresos de su hogar y la COVID-19, y cómo esto ha afectado financieramente a su hogar:

---

¿Usted o alguien de su familia han recibido ayuda de alguna otra fuente (iglesia, grupo cívico, etc.) para saldar facturas vencidas entre el 1 de marzo y el 30 de diciembre de 2020? En caso afirmativo, proporcione más información (fuente, importe y facturas):

---

Mediante mi firma a continuación, entiendo que la información contenida en esta solicitud no será divulgada ni utilizada en relación a cualquier ayuda pública que yo o mi familia estemos recibiendo en la actualidad o hayamos recibido en el pasado. Además, entiendo que es mi responsabilidad proporcionar directamente a mi asistente social toda la información que se deba comunicar al Departamento de Servicios Sociales para cumplir con las directrices de la política de asistencia pública, y que el incumplimiento de esta obligación podría dar lugar a un pago excesivo en relación a mi caso, que seré responsable de devolver. Los beneficios de asistencia pública incluyen: SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria), TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas), Asistencia Médica, Cuidado Infantil y Asistencia Energética.

Certifico que he proporcionado información verdadera y correcta en esta solicitud a mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa, oculto información o no brindo la información correcta tendría que enfrentar consecuencias legales. Entiendo que si ayudo a alguien a completar este formulario con el fin de obtener beneficios que dicha persona no tiene derecho a recibir, estaría infringiendo la ley y tendría consecuencias legales.

Autorizo al Departamento de Servicios Sociales de la ciudad de Roanoke a contactar con los proveedores para los que solicito el pago. Entiendo que, en caso de que mi solicitud sea aprobada, no recibiré el pago personalmente sino que este se realizará al proveedor a mi nombre.

Entiendo que los fondos que solicito no están garantizados, y estoy de acuerdo en proporcionar todas y cada una de las justificaciones para la información suministrada al Departamento de Servicios Sociales de la ciudad de Roanoke. Entiendo que no se aprobará ninguna solicitud sin que se realicen las comprobaciones necesarias y que el dinero se concederá por orden de llegada, sin distinción de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, religión o creencias políticas de los solicitantes. Entiendo que la decisión que tome el director de los Servicios Sociales será definitiva.

---

FIRMA DEL SOLICITANTE

---

FECHA

---

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE (LETRA DE IMPRENTA)



**DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES**

1510 Williamson Road NE  
Roanoke, Virginia 24012  
540.853.2591 fax: 540.853.2027

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo y solicito que cualquier institución financiera, empleado, acreedor, entidad gubernamental, proveedor de atención médica, la División de Cumplimiento de la Manutención Infantil de Virginia o cualquier otra persona proporcione al **Departamento de Servicios Sociales**, sus funcionarios y representantes, toda la información que soliciten sobre mí, mis activos, empleo, ingresos, situación económica, responsabilidades financieras, seguro de salud y cualquier otra información que pueda ser necesaria para que yo obtenga beneficios. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que yo solicite lo contrario o hasta que mis prestaciones finalicen.

FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CÓNYUGE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_

SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**PARA USO ADMINISTRATIVO ÚNICAMENTE:**

INGRESOS TOTALES DEL HOGAR: \_\_\_\_\_

N.º TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

JUSTIFICANTES RECIBIDOS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IMPORTE DE AYUDA SOLICITADO: \_\_\_\_\_

APROBADO

DENEGADO

SI ES DENEGADO, MOTIVO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Monto inicial/Fecha de pago

IMPORTE APROBADO: \_\_\_\_\_

A PAGAR A:

\_\_\_\_\_


IMPORTE APROBADO: \_\_\_\_\_

A PAGAR A:

\_\_\_\_\_

IMPORTE APROBADO: \_\_\_\_\_

A PAGAR A:

\_\_\_\_\_

IMPORTE APROBADO: \_\_\_\_\_

A PAGAR A:

\_\_\_\_\_

IMPORTE APROBADO: \_\_\_\_\_

A PAGAR A:

\_\_\_\_\_

IMPORTE APROBADO: \_\_\_\_\_

A PAGAR A:

\_\_\_\_\_

IMPORTE APROBADO: \_\_\_\_\_

A PAGAR A:

\_\_\_\_\_

IMPORTE APROBADO: \_\_\_\_\_

A PAGAR A:

\_\_\_\_\_

IMPORTE APROBADO: \_\_\_\_\_

A PAGAR A:

\_\_\_\_\_

IMPORTE APROBADO: \_\_\_\_\_

A PAGAR A:

\_\_\_\_\_

**IMPORTE TOTAL DE AYUDA APROBADO: USD** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
APROBADO/DENEGADO POR

\_\_\_\_\_  
FECHA

---

PAGADO POR

---

FECHA