

**Solicitud de Asistencia de Emergencia de McLean County**  
**Programa de Subsidio del Bloque de Desarrollo Comunitario**

Por favor provea los siguiente (si está disponible/si aplica):

- Licencia de conducir o identificación del estado para cualquier persona de 18 años o más en el hogar
- Tarjetas de seguro social para todos los miembros del hogar
- Documentos que respaldan una pérdida de ingresos u otra crisis relacionada con COVID-19 que causó la necesidad de asistencia

Documentación de todos los ingresos del hogar recibidos en los 90 días anteriores.

- Hipoteca, arrendamiento o carta con los términos del contrato de alquiler del arrendador
- Pago tardío o aviso de desalojo
- Utilidad atraso en el pago o desconexión
- Extractos bancarios de los últimos 3 meses.
- Tarjeta de identificación de veterano o DD-214
- Impuestos más recientes

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Yo, \_\_\_\_\_ Nombre escrito \_\_\_\_\_, autorizo al personal y a los voluntarios de las siguientes entidades: la ciudad de Bloomington Township, Mid Central Community Action (MCCA), Normal Township, Brindar acceso a ayuda (PATH), The Salvation Army, St. Vincent de Paul, St. John's Lutheran Church, Home Sweet Home Ministries, y Town de Normal, para divulgar y discutir información y opiniones personales, confidenciales y otras privilegiadas, incluidas, entre otras, mi Solicitud de Asistencia de Emergencia del Condado de McLean completada y cualquier documento de respaldo o relacionado, con la Ciudad de Bloomington Township, Ciudad de Bloomington, Mid Central Community Action (MCCA), Normal Township, Brindar acceso a ayuda (PATH), The Salvation Army, St. Vincent de Paul, St. John's Lutheran Church, Home Sweet Home Ministries, y Town of Normal para coordinar el procesamiento de mi solicitud de asistencia de emergencia del condado de McLean. Este consentimiento vencerá 12 meses después de la fecha de mi firma.

1

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> traducido por Marianela Diaz

## Solicitud de asistencia de emergencia McLean County

Apellido	Nombre / Inicial segundo nombre	Fecha de Nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal (ZIP)
Correo Electrónico	Teléfono Móvil	Teléfono de Casa	

¿Tienes un número de seguro social? Si No

<b>Marital Estado:</b>	Casado/a, Viviendo en pareja	Soltero/a, Nunca casado	Pareja domestica	Viudo
	Casado/a, Viviendo separados	Divorciado/a	Separado/a	Otro

<b>Genero:</b>	Masculino	Transgenero	Sin genero	Rechaza responder
	Femenino	Ninguno-Binario	Otro	

<b>Raza /Etnia:</b>	Africano/a Americano/a	Hispano / Latino	Americano/a Nativo	Asiatica/o Americano/a
	Hawaiiano Nativo Isleño del Pacífico	Blanco/a Americano/a	Multi-Racial	Rechaza responder

**Lenguaje Primario:** Ingles Español Frances Otro

¿Ciudadano U.S.? Si No

¿Residente Legal? Si No

¿Estaba relacionada la pérdida de ingresos o la crisis con COVID-19? Si No

**Describe brevemente la crisis del cliente que ocurrió en los últimos 30 60 90 dias**  
**(incluye documentación para respaldar la crisis):**

<b>ASISTENCIA REQUERIDA (marque todas las que aplique)</b>
<b>RENTA/ HIPOTECA</b> <i>Incluye aviso de arrendamiento y desalojo de 5 días</i>
<b>AGUA</b> <i>Incluye comunicado o aviso de desconexión</i>
<b>GAS NATURAL</b> <i>Incluye comunicado o aviso de desconexión</i>
<b>ELECTRICIDAD</b> <i>Incluye comunicado o aviso de desconexión</i>
<b>TRANSPORTE</b> <i>Incluye información de registro del vehículo</i>
<b>MEDICO / MEDICINAS</b> <i>Incluye información y factura del médico/farmacéutico</i>
<b>OTRO</b> _____

<b>SITUACION ESPECIAL (marque todas las que aplique)</b>
<b>SIN CASA</b> <i>Incluye verificación de residencia de PATH, Puerto seguro, HSHM, Neville House u otro</i>
<b>HUYENDO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA</b>
<b>VETERANO</b> <i>Incluye formato DD-214, identificación de veterano o prueba de servicio</i>
<b>CIUDADANO MAYOR (65+)</b> <i>Incluye copia de identificación</i>
<b>VIVIENDA SUBSIDIADA/ CON APOYO</b> <i>Incluye copia de contrato de arrendamiento que lo indique</i>
<b>OTRO</b> _____

<b>INGRESOS DEL HOGAR &amp; ACTIVOS</b> Mensual bruto /18+ o más/últimos (30 días) Indique la cantidad de cada fuente	<b>BENEFICIOS DEL HOGAR</b> (últimos 30 días) Indique la cantidad de cada fuente	<b>GASTOS DEL HOGAR</b> (Mensual) Indique la cantidad de cada fuente
No Ingresos _____	MCCA _____	Renta / Hipoteca _____
Empleado Medio tiempo _____	COB Township _____	Comida _____
Empleado Tiempo completo _____	Normal Township _____	Cable _____
Auto empleado _____	PATH _____	Electricidad _____
Desempleado _____	Salvation Army _____	Gas Natural _____
SSDI _____	SNAP _____	Agua _____
SSA _____	TANF _____	Seguro _____
Beneficios de Veterano _____	LIHEAP _____	Prestamos/Creditos _____
Apoyo para Niños _____	WIC _____	Vehiculo _____
Pension _____	AABD _____	Otro _____
Compensación al trabajador _____	RSDI _____	Otro _____
Cuentas Bancarias _____	SSI _____	Otro _____
Efectivo en mano _____	Otro _____	Otro _____
Otro _____	Otro _____	Otro _____
<b>TOTAL INGRESOS &amp; ACTIVOS</b> _____	<b>TOTAL BENEFICIOS</b> _____	<b>TOTAL DE GASTOS</b> _____

**TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (FAMILIA, RELATIVOS, PAREJAS, ALOJAMIENTOS, OTROS)**

Nombres		Cumpleaños	Edad	Veterano	Relacion con el	Genero
Nombre	Segundo Apellido	mes/dia/año			Applicante	

He leído esta solicitud y declaro bajo pena de perjurio que, según mi leal saber y entender, la información suministrada en esta solicitud y todas las declaraciones adjuntas son verdadera y correcta, y que es una declaración completa de todos los ingresos, activos o recursos que me pertenecen a mí o a cualquier miembro de mi familia inmediata.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Solicitud de fax o correo electrónico y documentos requeridos para:

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico



**Town of Normal**  
**Subsidio del Bloque de Desarrollo Comunitario**  
**Asistencia en Materia de Vivienda Respecto al COVID-19**  
**Declaración Jurada / Verificación de Crisis**

---

Yo, \_\_\_\_\_, atestiguar el hecho de que los ingresos total del hogar han sido afectado por COVID-19 por uno de las razones siguientes:

(Marcar todo que aplicar)

\_\_\_\_\_ He sido despedido de mi empleo con \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador Fecha

\_\_\_\_\_ Un miembro de la familia ha sido despedido de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador Fecha

\_\_\_\_\_ Mis ingresos se han reducido drásticamente debido a la reducción de mis horas de trabajo.  
 \_\_\_\_\_ (Empleador)

\_\_\_\_\_ Mi ingreso familiar ha disminuido debido a las reducción a horas de trabajo de un miembro de la familia. \_\_\_\_\_ (Empleador)

\_\_\_\_\_ Mis ingresos han disminuido debido al cuidado de mis hijos en casa.

\_\_\_\_\_ Mi ingreso familiar ha disminuido debido al cuidado de un familiar enfermo o en cuarentena.

\_\_\_\_\_ No puedo trabajar debido a una enfermedad.

\_\_\_\_\_ No puedo trabajar ya que soy miembro de la población vulnerable afectada por COVID-19.

**Entiendo que perjurar a mí mismo para obtener asistencia es un delito fraudulento por el que puedo ser procesado.**

\_\_\_\_\_  
 Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
 Fecha



### AUTORIDAD PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

Al firmar este documento, yo, \_\_\_\_\_ (nombre de pila, apellido), por la presente autorizo al Mid Central Community Action y al Town of Normal, una corporación municipal, a verificar la información financiera que proporcioné en la solicitud de asistencia de emergencia del McLean County, incluyendo, entre otros, el historial de empleo e ingresos, los saldos de cuentas bancarias o igual, un historial crediticio, las deudas pendientes, e hipotecas y / o morosidad en el pago del alquiler. Por la presente autorizo al Mid Central Community Action y al Town of Normal a hacer las consultas necesarias para determinar mi admisibilidad para El Programa de Asistencia en Materia de Vivienda Respecto al COVID-19. Además, Yo les doy autorización al Mid Central Community Action y al Town of Normal a hacer copias de esta carta para distribuirlas a cualquier parte con la que tenga una relación financiera o crediticia y esa parte puede tratar esa copia como original.

Aviso de la ley de privacidad: Esta información debe ser utilizada por la agencia que la recopila o sus cesionarios para determinar si usted califica como posible beneficiario bajo El Programa de Asistencia en Materia de Vivienda Respecto al COVID-19 del Town of Normal. No se divulgará fuera de la agencia, excepto como requiere o y permite la ley. No es necesario que proporcione esta información, pero si no lo hace, su solicitud de aprobación como posible beneficiario del programa puede retrasarse o rechazarse.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Co-Solicitante                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante (A máquina o impreso)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Co-Solicitante  
(A máquina o impreso)