



Aplicacion completada ____/____/____

**Oficina de Asistencia BONITA SPRINGS, INC.
APLICACION PARA ASISTENCIA POR EMERGENCIA FINANCIERA**

Nuestra mision es proveerle asistencia temporaria a los residentes de Bonita Springs, quienes han sido afectados por la crisis inesperada. Nuestro objetivo es fomentar independencia y autosuficiencia a travez de la educacion y ayuda a las necesidades financieras de nuestros recipientes.

Por favor complete las siguientes 10 paginas.

Completar la aplicacion puede tomar hasta (7) dias laborables para procesarlas y no garantiza que la ayuda sera concedida. Una aplicacion incompleta no sera aceptada para revision.

En orden de ser elegible para asistencia, la aplicacion debe ser completada por el proveedor principal del hogar y soportada por la documentacion adecuada.

Su aplicacion sera procesada una vez que tengamos la siguiente informacion:

1. Biles originales.
2. Pruebas de ingresos para **todos los miembros del hogar** (salarios, Seguros Sociales, SSI, TANF, desempleados, compensacion de trabajadores, manutencion de hijos, estampillas de comida, beneficios de sobrevivientes, etc.) durante al menos las ultimas 8 semanas.
3. Si usted no tiene ninguna fuente de ingresos, por favor incluya una explicacion detallada de como sustenta sus necesidades diarias, como vivienda, comida, transportacion y utilidades. Mas explicaciones a continuacion.
4. Si el nombre en el recibo de las utilidades es diferente al de la aplicacion, por favor envíe una explicacion.
5. Tarjetas de Seguro Social para todos los integrantes del hogar.
6. Identificacion con foto para el aplicante o el principal sustentador del hogar.
7. Envíe su aplicacion por Fax al (239) 947-4080 o por correo electronico a info@bonitaassistance.org

Nota: Si usted esta en riesgo de tener el agua o la electricidad desconectados, necesita llegar a un acuerdo con la compania de utilidades. Toma varios dias en procesar la aplicacion.

En adición, los siguientes recursos deben incluirse con su aplicación en orden
De obtener **ASISTENCIA FINANCIERA DE EMERGENCIA:**

- Pruebas de atención médica
- papeles de alta del hospital
- Ordenes del doctor de no trabajar
- Ordenes del doctor de regresar al trabajo
- Carta de reclamo al Seguro de incapacidad
- Si está desempleado, incluya la información del empleador anterior:
Incluyendo las últimas (8) semanas de pago.
Carta de aprobación/o rechazo de desempleo
- Si ha sido contratado recientemente pero no ha empezado a trabajar
Incluya una carta del empleador especificando: comienzo, número de horas, modo de pago y frecuencia.

Si no tiene ningún ingreso, por favor incluya una explicación detallada de cómo sustenta sus necesidades básicas como vivienda, utilidades, comida y transporte.

Para Asistencia con la Renta, incluya:

- Una carta firmada por su rentador especificando cantidad debida y fecha de inicio.
- Copia de su contrato de renta firmada por ambas partes.

Para Asistencia con la Hipoteca, provea:

- Una carta del prestamista, banco o compañía hipotecaria mostrando día y saldo atrasados. Usted debe contactar a su compañía financiera y darles permiso para hablar con la Oficina de Asistencia de Bonita Springs.

Para Asistencia con La Electricidad (FPL) provea:

- El último estado de cuenta original, atrasado con su nombre y dirección. Este será retenido por la OABS. Si usted lo solicita le daremos una copia.

Para Asistencia con cuentas del Agua (Bonita Springs Utilities) provea:

- El último estado de cuenta original, atrasado con su nombre y dirección. Este será retenido por la OABS. Si usted lo solicita le daremos una copia.

Prueba de CRISIS, INCLUYENDO COMPROBANTES DE PAGOS. FACTURAS NO DEBEN HABER SIDO PAGADAS CON TARJETAS DE CREDITO.

***** INCUMPLIMIENTO DE ENVIAR TODA LA DOCUMENTACION REQUERIDA EN MAS DE 48 HORAS ATRASARA EL PROCESO. EL INCUMPLIMIENTO DE PROVEER INFORMACION REQUERIDA RESULTARA EN LA NEGACION DE SU APLICACION. *****



APLICACION PARA ASISTENCIA FINANCIERA DE EMERGENCIA
 POR FAVOR RESPONDA TODAS LA PREGUNTAS DE FORMA LEGIBLE
IDENTIFICACION DEL APLICANTE

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Numero telefonico donde puede ser localizado: (____) _____ - _____

Correo Electronico: _____

Sexo: F M

Algun veterano de guerra en su hogar?: Si No

Quien lo refirio a la Oficina de Asistencia de Bonita Springs? _____

Informacion del Hogar: Comenzando por usted, liste a todas las personas viviendo en su hogar.

Primer y Segundo Nombre, Apellido	Numero de Seguro Social	Fecha de nacimiento mm/dd/yyyy	edad	Etnia Hispana o Latino No Hispana o Latino	Raza Blanca, Asiatica Negra africana Americana, Multi-racial, Otras	Genero F/M	Relacion con Aplicante	Ingresos mensuales*	Tipo de ingresos
1.							yo		
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									

*se requiere que provea pruebas de ingreso por los 2 ultimos meses.

Oficina de Asistencia de Bonita Springs

Aplicacion para asistencia financiera

Informacion del Apicante:

1. Es usted Propietario o esta Rentando? : Propietario Alquila

Nombre del propietario: _____ Telefono: (_____) _____

Direccion del propietario: _____

Apt./Condo. Ciudad Estado Codigo Postal

2. Cuanto tiempo ha vivido en Bonita Springs? :

3. Dueno de Carro? Si | No Si: _____ Modelo _____ Marca _____ Ano _____

4. Usted o alguien mas en la familia posee un automovil? Si | No

5. Si: _____ Modelo _____ Marca _____ Ano _____

6. Cuanto tiempo lleva viviendo en la propiedad actual? : _____

7. Direccion actual:

Apt./Condo. Calle Ciudad Estado Codigo Postal Pais

8. Su direccion de correo es diferente a la proporcionada?:

Apt./Condo. Calle Ciudad Estado Codigo Postal Pais

9. Numero de Telefono Alternativo: (_____) _____

10. Alguien del hogar ha recibido ayuda financiera en los ultimos 13 meses,complete la siguiente informacion:

Nombre de la Agencia

Tipo de ayuda

Fecha

Nombre de la Agencia

Tipo de ayuda

Fecha

11. Aplicante esta solicitando ayuda financiera con:

<input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Hipoteca	<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> Otras:
Fecha debida: __/__/__	Fecha debida: __/__/__	Fecha debida: __/__/__	Fecha debida: __/__/__	Fecha debida: __/__/__
Cantidad debida: \$_____	Cantidad debida: \$_____	Cantidad debida: \$_____	Cantidad debida: \$_____	Cantidad debida: \$_____

Que cantidad usted aportaría a su deuda? \$\$_____

Utilidades

12. El estado de su cuenta electrica esta corriente ? Si | No
13. E estado de cuenta del agua esta corriente l? Si | No
14. Con que fondos hace usted sus pagos mensuales de las utilidades?

Algunas de las siguientes situaciones son aplicables para usted (Marque la casilla)

- Servicios del agua han sido desconectados Servicios Electricos desconectados
 El balance en mi cuenta del agua esta atrasado El balance en mi cuenta electrica
 Tengo una noticia de desconecion del agua Tengo noticia de desconecion de la electricidad
 Ninguna de las anteriores aplica.

Vivienda

15. Cuanto es su alquiler/o hipoteca mensual?: \$_____ Esta atrasado?: Si | No
16. Esta usted en juicio hipotecario o desalojo? Si | No
17. Recibe seccion 8 o asistencia con la renta? Si | No
18. Con que fondos hace usted sus pagos mensuales de renta /o hipoteca?

19. El aplicante tiene algun acuerdo o compromiso con la compania o propietario para mantener los servicios mientras busca asistencia? : Si No . Si, porfavor describa:

Comida

20. Recibe estampillas de comida? Si | No
21. Si eligio Si, monto del beneficio por hogar? \$_____

22. Si usted no recibe estampillas, como obtiene la comida?

23. Cuantas personas incapacitadas en el hogar? (incluyendose usted, si aplica):

24. Esta trabajando? Si No Eligio Si, Cuanto tiempo? _____ incapacitado: Si No

25. Esta desempleado: especifique cuando trabajo por ultima vez mes y ano?:

26. Esta buscando trabajo? Si No 27. Ha aplicado? Si No

28. Nombre del empleador: _____ 29. Supervisor: _____

30. Direccion del Empleo: _____ 31. Numero de telefono: _____

32. Medio tiempo Tiempo completo 33. Numero de horas por semana?: _____

34. Horario: desde ____:____ hasta ____:____ 35. Tarifa de pago: \$ _____ por ____ (Hr/Dias)

36. Frecuencia de pago: Semanal Quinsenal Mensual

37. Dias de la semana que trabaja?: Dom Lun Mar Mie Jue Vie Sab

38. Tiene un Segundo trabajo? Si No 39. Eligio si, Cuanto tiempo? _____

40. Nombre del empleador: _____ 41. Supervisor: _____

42. Direccion: _____ 43. Numero de telefono: _____

44. Parcial Tiempo completo 45. Horas por semana: _____

46. Horario de trabajo: Desde ____:____ hasta ____:____ tarifa de pago: \$ _____ por _____ (Hr/Dia/semana)

47. Dias de la semana que trabaja?: Dom Lun Mar Mie Jue Vie Sab

48. Perdida de ingresos

1. Fecha de desempleo: ____/____/____

Razon: _____

2. La Perdida de ingresos es?: Permanente Temporal

3. Si es temporal, fecha de regreso: _____

4. Nombre del empleador: _____ 5. Supervisor: _____

6. Direccion: _____ 7. Telefono: _____

49. Fecha del ultimo pago recibido: _____ 50. ingreso bruto: \$ _____.

51. Usted recibira vacaciones pagadas, retiros ,u otros? Si No

52.Eligio si, Cual? _____ 53. Fecha recibido: ___/___/___ 54.Cantidad: \$_____

Firma Nombre completo Fecha
Otros adultos

55. Algun otro adulto trabajando? Si No Eligio si,,hace cuanto tiempo? _____

56.Nombre: _____ 57.Relacion: _____

58. Desempleado: Mes y ano cuando trabajo por ultima vez: _____

59. Buscando trabajo? Si No. 60. Aplico recientemente?: Si No

61. Nombe del empleador: _____ 62. Supervisor: _____

63. Direccion: _____ 64.Telefono: _____

65. Parcial Tiempo completo 66. Numero de horas por semana?: _____
67.Horarios: desde ____:____ hasta ____:____ 68.Tarifa por hora: \$_____ por _____(Hr/Dia/Sem)

69. Pago: Semanal Quincenal Mensual

70. Dias de trabajo por semana Dom Lun Mar Mie Jue Vie Sab

71. Otro adulto tiene un Segundo trabajo? Si No 72. Eligio si,hace cuanto tiempo? ____

73. Nombre de la compania: _____ 74. Supervisor: _____

75. Direccion: _____ 76.Telefono: _____

77. Parcial tiempo completo 78.horas por semana: _____

79. Horarios: Desde ____:____ hasta ____:____ tarifa de pago: \$_____ por _____(Hr/D/Sem)

80.Dias de trabajo: Dom Lun Mar Mie Jue Vie Sab

81. Perdida de ingresos – para otros adultos en el hogar

1. Fecha de desempleo: ___/___/___

Razon: _____

2. La Perdida de ingresos es: Permanente Temporal

3. Si eligio temporal, fecha de retorno: _____

4. Nombre de la compania: _____ **5.** Supervisor: _____

6. direccion: _____ **7.** Telefono: _____

82. fecha en la que recibio el ultimo pago: _____ Cantidad: \$_____.

83. Algun otro adulto recibe vacaciones pagadas, retiro u otros? Si No

84. Que tipo? _____ 85. Fecha recibido: ___/___/___ 86. Cantidad: \$ _____

87. Por favor explique brevemente la razon principal por la que busca ayuda financiera:

Firma

Nombre completo

Fecha

<u>Lista de ingresos</u>		<u>Lista de gastos</u>	
Trabajo	\$ por mes	víveres	\$ por mes
Otros trabajos	\$ por mes	Pagos con tarjeta de crédito	\$ por mes
Bienestar	\$ por mes	Seguro	\$ por mes
Seguro social	\$ por mes	Seguro de automóvil	\$ por mes
SSI	\$ por mes	Seguro médico	\$ por Mes
Comp	\$ por mes	Cuidado de niños	\$ por mes
Comp de trabajadores	\$ por mes	Manutención infantil	\$ por mes
Sellos de alimentos	\$ por mes	Educación - Matrícula	\$ por mes
Manutención infantil	\$ por mes	Costos de vivienda	\$ por mes
Pensión alimenticia	\$ por mes	Alquiler/Hipoteca	\$ por mes
Otros Ingresos	\$ por mes	Electricidad	\$ por mes
SSD	\$ por mes	Televisión por cable	\$ por mes
		Acceso a Internet	\$ por mes
		Teléfono (Landline + Cell)	\$ por mes
		Agua	\$ por mes
		Salud/Dental	\$ por mes
		Prescripciones	\$ por mes
		Transporte	\$ por mes
		Pago de coche	\$ por mes
		Gas para coche	\$ por mes
		Varios (lista a continuación)	\$ por mes
			\$ por mes
			\$ por mes
			\$ por mes
			\$ por mes
			\$ por mes
			\$ por mes
			\$ por mes
			\$ por mes
			\$ por mes
			\$ por mes
			\$ por mes
			\$ por mes
			\$ por mes
INGRESOS MENSUALES TOTALES \$		GASTOS MENSUALES TOTALES \$	



CERTIFICACIÓN / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: *POR FAVOR* LEA ATENTAMENTE

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACION PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD ES CORRECTA Y COMPLETA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. ENTIENDO QUE LA INFORMACION SEA REVISADA Y QUE PUEDO SER REQUERIDO PARA PROPORCIONAR DOCUMENTOS PARA VERIFICAR Y APOYAR ESTA SOLICITUD. ENTIENDO QUE SI ESTOY DESEMPLEADO Y CAPABLE DE TRABAJAR, PUEDO SER REQUERIDO PARA ASEGURAR UN TRABAJO PARA RECIBIR ASISTENCIA.

AUTORIZO A LA OFICINA DE ASISTENCIA DE BONITA SPRINGS PARA CONTACTAR A LA(S) PERSONA(S) O EMPRESA/AGENCIA PARA LA RENUNCIA DE CUALQUIER INFORMACION/DOCUMENTACION CON RESPECTO A MI REQUISITO PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA.

FIRMA DEL APLICANTE

Fecha _____

FIRMA DEL TRABAJADOR DEL CASO

Fecha _____

Una solicitud completa NO garantiza asistencia.

I _____ certifica que leo, entiendo y estoy de acuerdo con las políticas y procedimientos del Programa de Asistencia Financiera de la Oficina de Asistencia de Bonita Springs.

Firma

Fecha

Persona que ayuda a la firma del solicitante

Nombre Completo

Fecha