

CIUDAD DE FORT BRAGG

Programa de subvenciones en bloque para el desarrollo comunitario (CDBG) COVID-19 Pago de subsistencia de servicios públicos: formulario de solicitud y verificación

Hasta un total de \$500.00 está disponible para las familias que califiquen afectadas por COVID-19 para pagos de subsistencia de emergencia. Para solicitar asistencia, debe cumplir con los requisitos del programa, enviar la documentación requerida y certificar este formulario. Los fondos están disponibles de forma limitada. Enviar esta solicitud no es garantía de asistencia. Para su privacidad, la información recopilada seguirá siendo confidencial, se utilizará solo para cumplir con los requisitos de mantenimiento de registros federales y estatales, y se mantendrá de divulgación según corresponda.

Por favor imprimir:

Nombre (s)				
Dirección residencial		Teléfono		
Correo electrónico		Monto total solicitado	\$	
Realizar el pago en mi nombre a:				
Nombre		Teléfono o correo electrónico		
Dirección / Número de cuenta				
Uso propuesto de fondos	<input type="checkbox"/> Servicio de agua <input type="checkbox"/> Servicio de alcantarillado <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Otro:			
Meses para cubrir		Cantidad	\$	
Nombre		Teléfono o correo electrónico		
Dirección / Número de cuenta				
Uso propuesto de fondos	<input type="checkbox"/> Servicio de agua <input type="checkbox"/> Servicio de alcantarillado <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Otro:			
Meses para cubrir		Cantidad	\$	
		Data	SÍ	NO
<i>DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS: ¿Ha recibido, o sabe que es elegible para recibir de otra fuente, alguna ayuda financiera para los costos enumerados anteriormente? (En caso afirmativo, complete el formulario de ingresos suplementarios adjunto)</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>IMPACTO COVID-19 - ¿Ha tenido horas de trabajo reducidas, ha sido despedido temporal o permanentemente u otra pérdida de ingresos debido a COVID-19? En caso afirmativo, proporcione detalles: _____</i>		EST. % de pérdida de ingresos respecto al año anterior: ST. _____%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>ESTADO DE SUBSISTENCIA / EMERGENCIA – ¿Ha recibido un pago atrasado, un aviso de desalojo u otra prueba de que la pérdida de la vivienda o de los servicios públicos básicos está en riesgo y necesita un</i>		Número de meses sin poder pagar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pago de emergencia?			
---------------------	--	--	--

Preguntas de calificación de ingresos del hogar de LMI

El ingreso familiar anual total es el ingreso bruto (antes de las deducciones) de todas las fuentes de ingresos (salarios, manutención infantil, SSI, desempleo, pensión, ingresos de activos, etc.) de todos los adultos de la familia que viven en el hogar. Consulte el programa si no está seguro.

Ingreso total del hogar previsto durante los próximos 12 meses

Nombre Enumere a <u>todos</u> los miembros del hogar, incluido usted mismo.	Edad	Marque si corresponde			Ingresos brutos anuales (antes de impuestos)	Fuente de ingreso
		Jefe de hogar	Co-jefe de hogar	Estudiante de tiempo completo 18 años. o mayor		
					\$	
					\$	
					\$	
					\$	
					\$	
<i>Agregue filas según corresponda</i>					\$	
Ingreso anual total anticipado del hogar:					\$	

CIRCULE el número de miembros del hogar, incluido usted mismo:

1	2	3	4	5	6	7	8+
\$39,150	\$44,750	\$50,350	\$55,900	\$60,400	\$64,850	\$69,350	\$73,800

¿Es su ingreso familiar total anticipado **MÁS BAJO** o **MÁS ALTO** que la cantidad de \$ que se indica directamente debajo del número de personas encerrado en un círculo arriba? Si es **MÁS BAJO**, adjunte comprobante de los ingresos anuales del hogar (como la última declaración de impuestos, impuestos trimestrales, talones de pago o extractos bancarios).

MÁS BAJO	MÁS ALTO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Origen étnico (seleccione uno) No hispano Hispano

Raza (seleccione uno)

Blanco	<input type="checkbox"/>	Asiático	<input type="checkbox"/>
Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>
Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	Otro o multirracial	<input type="checkbox"/>

Duplication of Benefits Affidavit ("Affidavit")

Yo/ Nosotros, _____ afirmar lo siguiente:

1. Yo/nosotros estamos ejecutando esta Declaración Jurada en relación con la asistencia que estamos recibiendo para ayudarnos a prevenir, prepararnos o responder al coronavirus proporcionándonos pagos de subsistencia de servicios públicos ("**Necesidad**") por la cantidad de _____ ("Cantidad de asistencia o necesidad total") de la Ciudad de Fort Bragg ("**Organización**") a través de un programa administrado por la Ciudad de Fort Bragg con fondos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (el "Programa").
2. La Organización y yo/nosotros creemos que la **cantidad de asistencia/necesidad total** es _____
3. Además, yo / nosotros hemos recibido o recibiré las siguientes cantidades y tipos de asistencia de las fuentes que se enumeran a continuación ("Asistencia duplicada"):

(a) Fuente de fondos # 1

Nombre del prestamista / proveedor de subvenciones	
Objetivo	
Cantidad	
<input type="checkbox"/> Préstamo del gobierno <input type="checkbox"/> Subvención del Gobierno <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable del gobierno	
<input type="checkbox"/> Subvención para organizaciones sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo sin fines de lucro	
<input type="checkbox"/> Préstamo perdonable para organizaciones sin fines de lucro	
<input type="checkbox"/> Préstamo Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	

(b) Fuente de fondos #2

Nombre del prestamista / proveedor de subvenciones	
Objetivo	
Cantidad	
<input type="checkbox"/> Préstamo del gobierno <input type="checkbox"/> Subvención del Gobierno <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable del gobierno	
<input type="checkbox"/> Subvención para organizaciones sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo sin fines de lucro	
<input type="checkbox"/> Préstamo perdonable para organizaciones sin fines de lucro	
<input type="checkbox"/> Préstamo Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Duplication of Benefits Affidavit (“Affidavit”)

(c) Fuente de fondos #3

Nombre del prestamista/ proveedor de subvenciones	
Objetivo	
Cantidad	
<input type="checkbox"/> Préstamo del gobierno <input type="checkbox"/> Subvención del Gobierno <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable del gobierno <input type="checkbox"/> Subvención para organizaciones sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable para organizaciones sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	

(d) Fuente de fondos #4

Nombre del prestamista/ proveedor de subvenciones	
Objetivo	
Cantidad	
<input type="checkbox"/> Préstamo del gobierno <input type="checkbox"/> Subvención del Gobierno <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable del gobierno <input type="checkbox"/> Subvención para organizaciones sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable para organizaciones sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	

(e) Fuente de fondos #5

Nombre del prestamista/ proveedor de subvenciones	
Objetivo	
Cantidad	
<input type="checkbox"/> Préstamo del gobierno <input type="checkbox"/> Subvención del Gobierno <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable del gobierno <input type="checkbox"/> Subvención para organizaciones sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo perdonable para organizaciones sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Préstamo Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Duplication of Benefits Affidavit ("Affidavit")

4. Necesidad insatisfecha total (2- (3(a) + 3(b) + 3(c) + 3(d) + 3(e))) \$ _____.
5. Yo/Nosotros no hemos recibido otros fondos de asistencia para la Necesidad enumerada en el Párrafo 1 que no sean los establecidos anteriormente en el párrafo.
6. Sección 312 de la Ley de Asistencia de Emergencia y Alivio de Desastres Robert T. Stafford (42 USC 5155), según enmendada por la sección 1210 de la Ley de Reforma de Recuperación de Desastres de 2018 (división D de la Ley Pública 115-2 254; 132 Stat. 3442). prohíbe que las agencias federales brinden asistencia a cualquier persona por "cualquier parte de dicha pérdida" en la que haya recibido asistencia financiera bajo cualquier otro programa o de un seguro o cualquier otra fuente (como, FEMA, SBA, la Cruz Roja, la Ciudad , seguro de dueño de negocio, etc.)
7. Entiendo/entendemos que la cantidad de asistencia recibida por mí / nosotros de la ciudad de Fort Bragg debe reducirse por la cantidad de Asistencia duplicada recibida o que se recibirá para la Necesidad, de otras fuentes (tales como, FEMA, SBA , la Cruz Roja, el seguro de vivienda de la Ciudad, etc.) para el mismo propósito..
8. Por lo tanto, entiendo/entendemos que si recibo/recibimos asistencia de una fuente que no sea la Ciudad de Fort Bragg (como FEMA, SBA, la Cruz Roja, la Ciudad, seguro de vivienda, etc.) para la Necesidad de la misma propósito, yo/nosotros debemos reembolsar la asistencia recibida de la ciudad de Fort Bragg.
9. Certifico/certificamos bajo sanciones estatales y federales por perjurio y fraude que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa y reconozco que el reembolso de toda la asistencia recibida por mí/nosotros de la ciudad de Fort Bragg , el pago de multas y/o el encarcelamiento pueden ser requerido en caso de que yo/nosotros proporcionemos información falsa, incompleta o engañosa en esta Declaración Jurada o durante el resto de este proceso **Al ejecutar esta Declaración Jurada, los Solicitantes reconocen y comprenden que la Sección 1001 del Código de los Estados Unidos del Título 18: (1) convierte en una violación de la ley federal que una persona, consciente y deliberadamente (a) falsifique, oculte o encubra un material hecho; (b) hacer cualquier declaración o representación materialmente falsa, ficticia o fraudulenta; O (c) hacer o usar cualquier escrito o documento falso sabiendo que contiene una declaración o representación materialmente falsa, ficticia o fraudulenta, a cualquier rama del gobierno de los Estados Unidos; y (2) requiere una multa, encarcelamiento por no más de cinco (5) años, o ambos, que pueden ser declarados un delito grave, por cualquier violación de dicha Sección. Section.**

Participante _____

Firma del participante _____ Fecha _____

Participant _____

Firma del participante _____ Fecha _____