City of Ukiah

Ukiah C.A.R.E.S.

"Asistencia de la Ciudad en Proveer Ayuda en Pagar su Energía"

DESCUENTO MENSUAL

Para precalificar: REGRESE EL FORMULARIO A:

Oficina del Salvation Army **PO Box 2046**
Ukiah, CA 95482-2046

Programa de Familia Sencilla
Este no es un programa de ayuda social
Teléfono: (707) 510-1103

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

¿Cómo supo del programa?

1) Nombre – Tal como aparece en su cobro | ***Número de Seguro Social*** | ***Número de Cuenta***

2) Domicilio de Casa – NO P.O. Box | ***Apt./Unidad*** | ***Ciudad*** | ***Estado*** | ***Código Postal***

Ukiah | CA | 95482

3) Domicilio de Correspondencia – Si es diferente de 2) | ***Ciudad*** | ***Estado*** | ***Código Postal***

4) Teléfono de Casa | ***Teléfono de Trabajo / Mensaje*** | ***Cuantos Viven en la Casa*** | ***Renta / Hipoteca $***

ESTA AYUDA SOLO APLICA PARA LOS CARGOS DE ELECTRICIDAD DE LA CIUDAD DE UKIAH

Con esta aplicación debe incluir prueba de sus ingresos y una copia de su cobro de Electricidad de la Ciudad

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

5) Source	***Name***	***Gross Monthly Income***
_____	_____	$_____
_____	_____	$_____
_____	_____	$_____
_____	_____	$_____

TOTAL GROSS MONTHLY PAY $ _____

LESS RENT OR MORTGAGE ($ _____)

TOTAL NET INCOME* $_____

*Should be less than or equal to 200% of FPIG per total # in household

Total Amt of Bill $_____ Amt Non-Electric $_____ Amt of Benefit $_____ Amt Available $_____

Appointment Date _____ Begin Date _____ End Date _____ Case Worker _____

Qualified ____ Denied ____ Reason _____

Required Documentation attached: ***Identification _____ Rent/Mortg _____ Income _____***

Utility Bill/Late Notice _____ Applicable Invoices _____ Non-Electric Portion Paid Receipt _____

CALIFICACIONES MENSUALES DEL PROGRAMA DE DESCUENTO - Pautas disponibles a pedido

* Los ingresos totales de la casa verificados deben ser 200% de las Pautas de Ingresos de Pobreza Federal
* El Aplicante no debe vivir en una casa bajo programas de ayuda para pagar la renta – Sección 8, HUD; RCHDC; CDC; FMHA
* Esta aplicación es válida por doce meses desde la fecha de elegibilidad – Tiene que renovar su aplicación cada doce meses
* Tiene que notificar a la Ciudad de Ukiah por escrito dentro de 30 días de cuando ya no califica para el Descuento de Tarifa Mensual

FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE Y FIRMAR ABAJO

Comprendo que debo incluir en mi reporte todos los ingresos del hogar (incluyendo dinero en efectivo) y beneficios que no sean dinero, disponible para gastos de vivienda, de todas las fuentes, tanto taxable como no-taxable, para todas las personas quienes viven en mi casa que reciben o esperan recibir durante el año. Esto incluye (pero no se limita) a Ingresos y Comisiones; Manutención de Niño / Cónyuge; Intereses; Dividendos; Ingresos de Negocio o Propiedad de Renta; Ayuda en Efectivo de Familiares / Amigos; Dinero Regalado, Prestamos; Ganancias de la Lotería; Reembolsos de Impuestos y Dinero de Pólizas de Seguros o Acuerdos Legales; Seguro Social; Retiro, Incapacidad de Veterano o Beneficios de Desempleo y Compensación de Trabajadores; AFDC; SSI; SSP; Ayuda Monetaria para el Público.

Al firmar abajo, yo certifico bajo pena de perjurio que la información es la verdad y correcta según las leyes del Estado de California. Yo comprendo que la Salvation Army y/o la Ciudad de Ukiah se reserva el derecho de verificar la necesidad económica en cualquier tiempo, y le notificaré al Salvation Army y/o a la Ciudad de Ukiah de cualquier cambio que afecte mi elegibilidad. Yo comprendo que pueden compartir mi información con la otra compañía de utilidades, si es aplicable.

X

Firma del Cliente **Fecha**

03PA:CARES applications.xls