



Condado de Imperial
Programa de Asistencia de Electricidad (Coronavirus)
Instrucciones y requerimientos

Para participar en este programa los ingresos del interesado no deben exceder los ingresos medios y deben ser residentes del Condado de Imperial. Los participantes de ingresos medianos pueden calificar para la asistencia de pago de servicios públicos proporcionando documentación adecuada de terminación del empleo o reducción de las horas de trabajo debido a la reciente pandemia de coronavirus (COVID-19). Los participantes también deben certificar que los ingresos del hogar no exceden los límites de ingresos establecidos para el Condado de Imperial como se indica a continuación.

Ingresos máximos por número de personas en los hogares:

Familias de 1-3 personas – hasta \$63,650

Familias de 4 o más personas – hasta \$77,750

Asistencia máxima de acuerdo al número de miembros de familia:

Familias de 1-3 personas – hasta \$750

Familias de 4 o más personas – hasta \$1,000

Como solicitar ayuda

1. Complete y firme la solicitud.
2. Identificación personal aceptable
3. Aviso de recibo de electricidad atrasado.
4. Prueba de pérdida de trabajo o reducción de horas debido a la pandemia de coronavirus (COVID-19).
5. Permiso para obtener información personal.

Regrese su solicitud completa a:

**City of El Centro
Community Services Department
Economic Development Division
1249 Main Street
El Centro, CA. 92243**

Lunes–Viernes 8:00am- 5:00 p.m.

Para mayor información, por favor visite nuestra página al www.imperialcounty.org.



Condado de Imperial
Solicitud de Programa de Asistencia
Coronavirus Relief Fund

INFORMACION DEL CLIENTE (Toda la solicitud deberá ser completada y firmada. Por favor escriba con claridad)

Número de cuenta (<i>o nombre del parque de casas móviles</i>):		
Nombre (<i>como esta en su recibo de electricidad</i>)	SSN#	Fecha de Nacimiento
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de personas en el hogar		Total de ingresos del hogar
Numero de teléfono (s)		Correo electrónico (<i>opcional</i>)
Numero de teléfono alternativo		

Yo certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa en mi mejor entendimiento. Soy consciente de que hay sanciones por dar información falsa de manera intencional y consciente sobre una solicitud de fondos federales o estatales, que pueden incluir el reembolso inmediato de todos los fondos federales o estatales recibidos y / o procesamiento bajo la ley. Entiendo que la información en este formulario está sujeta a verificación por parte del personal estatal o federal como parte de la supervisión del cumplimiento.

Signature _____ Date _____

Para mayor información, por favor visite nuestra página al www.imperialcounty.org.

**Condado Imperial Programa de Asistencia del Fondo de Alivio de Coronavirus
AUTOCERTIFICACIÓN de ingresos para**

Ciudad / Condado de _____ DOF actividad financiada



Nombre del servicio público: Coronavirus Relief Program - Utility Services

Página 1 para ser llenado por el participante

**Parte I: Información Demográfica Confidencial del
Participante/Beneficiario**
(Esta sección es voluntaria.)

Origen étnico (Seleccione uno)		<input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Hispano
Raza (Seleccione uno)			
<input type="checkbox"/> Anglo	<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska & Anglo		
<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Asiático y Anglo		
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Black/Africano Americano & Anglo		
<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Americano de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska y Africano		
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro Multirracial		
Otros datos demográficos (Seleccione todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Mujer jefa de hogar	<input type="checkbox"/> Soltero / No Anciano		
<input type="checkbox"/> Participante discapacitado	<input type="checkbox"/> Relacionado/Padre soltero		
<input type="checkbox"/> Veterano	<input type="checkbox"/> Relacionado/Dos padres		
<input type="checkbox"/> Anciano	<input type="checkbox"/> Otro (_____)		

Parte II: Certificación confidencial de ingresos del participante / beneficiario

(Debe completarse y firmarse antes de prestar servicio público.)

El número total de miembros de mi familia consiste de _____ miembros y el ingreso anual bruto total* para todos los miembros adultos es \$_____

* El ingreso anual bruto debe incluir todas las fuentes de ingresos (salarios, manutención de niños, SSI, desempleo, pensión, ingresos de activos, etc., pero no incluye los ingresos de las ayudas para vivir, según 24 CFR 5.403).

Yo certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa en mi mejor entendimiento. Soy consciente de que hay sanciones por dar información falsa de manera intencional y consciente sobre una solicitud de fondos federales o estatales, que pueden incluir el reembolso inmediato de todos los fondos federales o estatales recibidos y / o procesamiento bajo la ley. Entiendo que la información en este formulario está sujeta a verificación por parte del personal estatal o federal como parte de la supervisión del cumplimiento.

Información del participante / beneficiario:

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre (impreso): _____

Dirección física de la casa: _____ **(Ciudad)** _____

SELF-CERTIFICATION Verification Public Service Program SELF-CERTIFICATION Verification by

City of / Town of / County of _____ for DOF Funded Activity

Page 2 to be filled out by Program Operator

Public Service Information:

Name Public Service(s): _____

Name of Agency Providing the Public Service: _____

Address where Public Service is being provided: _____

Program Service Area: City -Or- County -Or-

Participant / Beneficiary Family Income and Location Verification:

Family is:

1-3 persons with an income of _____ (eligible: Yes _____ No _____)

4-more persons with an income of _____ (eligible: Yes _____ No _____)

Program Operator must:

- 1) Determine if applicant meets program income limits
- 2) Include the copy of applicant ID, release of information form, electrical bill due, and proof of program eligibility.

Name of Participant / Beneficiary: _____

Program Operator Certification: *I certify that the Participant / Beneficiary demographic data and public service information is true and correct, to the best of my knowledge. I certify that the income shown above is true and correct. I certify that Participant / Beneficiary residency status is true and correct, per the requirements of 24 CFR 570.486(b) and/or (c) as applicable.*

Note: This completed certification, whether Beneficiary was assisted or not, must be maintained in the Program file for review at time of monitoring.

Printed Program Operator Name (printed)

Job Title

Signature:

Date:

Eligibility is valid until (three years after signed certification) Date: _____