

**Ciudad de Livingston**  
**Programa de Subvenciones para Bloques de Desarrollo Comunitario (CDBG)**  
**COVID-19**

**Pago de Alquiler, Hipoteca, y Subsistencia de Servicios Públicos - Formulario de Solicitud y Verificación**

Hasta \$5,000 en total está disponible para familias calificadas afectadas por COVID-19 para pagos de subsistencia de emergencia. Para solicitar asistencia, debe cumplir con los requisitos del programa, presentar la documentación requerida y certificar este formulario antes del 31 de Diciembre de 2021. Los fondos están disponibles de forma limitada. La presentación de esta solicitud no es una garantía de asistencia. Para su privacidad, la información recopilada permanecerá confidencial, utilizada solo para cumplir con los requisitos federales y estatales de mantenimiento de registros, y retenida según corresponda de la divulgación.

<b>Nombre(s)</b>			
<b>Dirección Residencial</b>		<b>Teléfono</b>	
<b>Correo Electronico</b>		<b>Cantidad TOTAL solicitada</b>	<b>\$</b>
<b>1. Realizar el pago en mi nombre a (propietario o prestamista hipotecario):</b>			
<b>Nombre en la Cuenta</b>		<b>Teléfono o Correo Electrónico</b>	
<b>Dirección/Cuenta #</b>			
<b>Propósito de los Fondos</b>	<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Hipoteca		
<b>Mes(es) para Cubrir</b>		<b>Cantidad</b>	<b>\$</b>
<b>2. Realizar el pago en mi nombre a (nombre de la compañía de servicios públicos):</b>			
<b>Nombre en la Cuenta</b>		<b>Teléfono o Correo Electrónico</b>	
<b>Dirección/Cuenta #</b>			
<b>Propósito de los Fondos</b>	<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Servicio de la Ciudad <input type="checkbox"/> Otro:		
<b>Mes(es) para Cubrir</b>		<b>Cantidad</b>	<b>\$</b>
<b>3. Realizar el pago en mi nombre a (nombre de la compañía de servicios públicos):</b>			
<b>Nombre en la Cuenta</b>		<b>Teléfono o Correo Electrónico</b>	
<b>Dirección/Cuenta #</b>			
<b>Propósito de los Fondos</b>	<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Servicio de la Ciudad <input type="checkbox"/> Otro:		

**Ciudad de Livingston**  
**Programa de Subvenciones para Bloques de Desarrollo Comunitario (CDBG)**  
**COVID-19**

**Pago de Alquiler, Hipoteca, y Subsistencia de Servicios Públicos - Formulario de Solicitud y Verificación**

<b>Mes(es) para Cubrir</b>		<b>Cantidad</b>	<b>\$</b>
----------------------------	--	-----------------	-----------

<b>4. Realizar el pago en mi nombre a (nombre de la compañía de servicios públicos):</b>			
<b>Nombre en la Cuenta</b>		<b>Teléfono o Correo Electrónico</b>	
<b>Dirección/Cuenta #</b>			
<b>Propósito de los Fondos</b>	<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Servicio de la Ciudad <input type="checkbox"/> Otro:		
<b>Mes(es) para Cubrir</b>		<b>Cantidad</b>	<b>\$</b>
<b>Mes(es) para Cubrir</b>		<b>Cantidad</b>	<b>\$</b>

<b>5. Realizar el pago en mi nombre a (nombre de la compañía de servicios públicos):</b>			
<b>Nombre en la Cuenta</b>		<b>Teléfono o Correo Electrónico</b>	
<b>Dirección/Cuenta #</b>			
<b>Propósito de los Fondos</b>	<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Servicio de la Ciudad <input type="checkbox"/> Otro:		
<b>Mes(es) para Cubrir</b>		<b>Cantidad</b>	<b>\$</b>
<b>Mes(es) para Cubrir</b>		<b>Cantidad</b>	<b>\$</b>

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS – ¿Ha recibido, o sabe ser elegible para recibir de otra fuente, alguna asistencia financiera para los costos mencionados anteriormente? (En caso afirmativo, por favor complete el formulario de ingresos suplementarios adjunto)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>IMPACTO DE COVID-19 – ¿Ha tenido horas de trabajo reducidas, ha sido temporalmente o permanentemente despedido, u otra pérdida de ingresos debido a COVID-19?</i>	<i>EST. % pérdida de ingresos brutos de un año anterior:</i>
<i>Si es SI, Proporcione detalles: _____</i>	_____%

<i>ESTADO DE SUBSISTENCIA/EMERGENCIA – ¿Ha recibido un pago atrasado, aviso de desalojo u otra prueba de que la pérdida de vivienda o servicios públicos esenciales está en riesgo y necesidad de pago de emergencia?</i>	<i>Número de meses incapaz de pagar:</i>
	_____

**Ciudad de Livingston**  
**Programa de Subvenciones para Bloques de Desarrollo Comunitario (CDBG)**  
**COVID-19**

**Pago de Alquiler, Hipoteca, y Subsistencia de Servicios Públicos - Formulario de Solicitud y Verificación**

LMI Preguntas de Calificación de Ingresos del Hogar							
El Ingreso Total Anual del Hogar es el ingreso bruto (antes de deducciones) de todas las fuentes de ingresos (salarios, manutención de niños, SSI, desempleo, pensión, ingresos de activos, etc.), de todos los miembros adultos de la familia que viven en el hogar. Consulte el programa si no está seguro.							
<b>Ingreso total del hogar anticipado durante los próximos 12 meses</b>							
Nombre  Enumere <u>todos</u> los miembros del hogar, incluso usted.	Age	Marque si Aplica			Ingreso Bruto Anual (antes de impuestos)	Fuente de Ingreso	
		Cabeza de Familia	Co-cabeza de Familia	Estudiante Tiempo Completo 18 años o mayor			
					\$		
					\$		
					\$		
					\$		
					\$		
<b>Total de Ingresos Anual Anticipado del Hogar:</b>					\$		
<i>MARQUE CON UN CÍRCULO</i> el número de miembros de la casa, incluido usted mismo::							
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8+</b>
\$39,150	\$44,750	\$50,350	\$55,900	\$60,400	\$64,850	\$69,350	\$73,800
Es su ingreso total <b>anticipado</b> de la familia más <b>BAJO</b> o más <b>ALTO</b> que el \$ indicado directamente debajo del número de personas que aparecen en un círculo arriba. Si más <b>BAJO</b> , adjunte una prueba de los ingresos anuales de la familia (como la última declaración de impuestos, impuestos trimestrales, talones de pago o estados de cuenta bancarios).						<b>BAJO</b>	<b>ALTO</b>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Etnicidad (seleccione uno)</b>				<input type="checkbox"/> No Hispano		<input type="checkbox"/> Hispano	
<b>Raza (seleccione uno)</b>							
Blanco			<input type="checkbox"/>	Asiano			<input type="checkbox"/>
Negra/Africana Americana			<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawaii o Isla Pacifica			<input type="checkbox"/>
Indio Americano/nativo de Alaska			<input type="checkbox"/>	Otras Razas o Multirracial			<input type="checkbox"/>

## Duplication of Benefits Affidavit ("Affidavit")

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_ afirmamo/s lo siguiente:

1. Yo/Nosotros es ejecución de esta Declaración Jurada en relación con la asistencia que estamos recibiendo para ayudarnos responder al coronavirus proporcionándonos asistencia con pagos de alquiler, hipoteca o servicios públicos ("Tipo de Asistencia") con el propósito de evitar la ejecución hipotecaria, desalojo, o desconexión de servicios públicos ("Necesidad") en la cantidad de \_\_\_\_\_ ("Cantidad de Asistencia o Necesidad Total") de Self-Help Enterprises ("Organización") a través de un programa administrado por la ciudad de Livingston de fondos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos ("Programa").
2. Yo/Nosotros creo que **Cantidad de Asistencia/Necesidad Total** es \_\_\_\_\_
3. Además, yo/nosotros he/hemos recibido o recibiré los siguientes montos y tipos de asistencia de las fuentes enumeradas a continuación ("Asistencia Duplicada"):

(a)

<b>Fuente de Fondos #1</b>	
<b>Propósito</b>	
<b>Cantidad</b>	

(b)

<b>Fuente de Fondos #2</b>	
<b>Propósito</b>	
<b>Cantidad</b>	

(c)

<b>Fuente de Fondos #3</b>	
<b>Propósito</b>	
<b>Cantidad</b>	

4. Necesidad Total Insatisfecha (2- (3(a) + 3(b) + 3(c))) \$ \_\_\_\_\_.
5. Yo/Nosotros he/hemos recibido ningún otro fondo de asistencia para la necesidad enumerada en el párrafo 1 que no sea la establecida anteriormente en el párrafo 3.
6. Sección 312 de la Ley de Asistencia de Emergencia y Socorro de Desastres de Robert T. Stafford (42 U.S.C. 5155), modificada por el artículo 1210 de la Ley de Reforma de la Recuperación de Desastres de 2018 (division D de Ley Publica 115-2 254; 132 Stat. 3442). prohíbe a las agencias federales proporcionar 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, cruz roja, la ciudad, seguro del propietario de negocios, etc.).
7. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que la cantidad de asistencia recibida por I/We de las Empresas de Autoayuda debe reducirse por la cantidad de Asistencia Duplicada recibida o que será recibida por

**Duplication of Benefits Affidavit (“Affidavit”)**

la Necesidad, de otras fuentes (como FEMA, SBA, la Cruz Roja, el seguro de propietario de vivienda de la Ciudad, etc.) para el mismo propósito.

- 8. Por lo tanto, yo/nosotros entiendo que si recibo ayuda de una fuente distinta a Self-Help Enterprises (como FEMA, SBA, la Cruz Roja, la Ciudad, el seguro de propietario de vivienda, etc.) para la necesidad del mismo propósito, debemos pagar la asistencia recibida de Self-Help Enterprises.
- 9. Yo/Nosotros certifico/calasificamos bajo sanciones estatales y federales por perjurio y fraude que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa y reconocen que el reembolso de toda la asistencia recibida por yo/nosotros de *[Insertar Nombre del Subrecipiente]*, el pago de multas y/o encarcelamiento puede ser requerido en el caso de que yo/Nosotros proporcione 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 entienden que el Título 18 del Código de los Estados Unidos Sección 1001: (1) hace que sea una violación de la ley federal para una persona para falsificar, ocultar o encubrir a sabiendas e intencionalmente un hecho material; (b) hacer cualquier declaración o representación materialmente falsa, ficticia o fraudulenta; O (c) hacer o usar cualquier escritura o documento falso sabiendo que contiene una declaración materialmente falsa, ficticia o fraudulenta o epresentación, a cualquier rama del Gobierno de los Estados Unidos; y (2) requiere una multa, prisión por no más de cinco (5) años, o ambos, que pueden ser declarados delito grave, por cualquier violación de dicha Sección.**

Participante \_\_\_\_\_

Firma de Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Participante \_\_\_\_\_

Firma de Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**FOR SHE USE ONLY**

Household size: \_\_\_\_\_ Projected 12-month Income: \_\_\_\_\_

Income Calculation: \_\_\_ Very Low Income (30%) \_\_\_ Low Income (60%) \_\_\_ Moderate Income (80%)

COVID Related: \_\_\_ Yes \_\_\_ No

Duplication of Benefits Verified: \_\_\_ Yes \_\_\_ No

Amount of Assistance Approved: \$ \_\_\_\_\_

Assistance Type: \_\_\_ Rent  
 \_\_\_ Mortgage  
 \_\_\_ Utilities  
 \_\_\_ Rent/Mortgage & Utilities

\_\_\_ ELIGIBLE \_\_\_ NOT ELIGIBLE

Reviewed by: \_\_\_\_\_

te: \_\_\_\_\_

Approved by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_