



Fondo de ayuda de emergencia
Solicitud de asistencia financiera:

(413) 442-3181



Gracias por asociarse con nosotros durante este momento difícil. Los fondos de ayuda de emergencia están disponibles para cualquier miembro de la comunidad que necesita ayuda estratégica para lograr una medida de estabilidad. Los fondos pueden cubrir costos de vivienda atrasados, servicios utilidades, transportación, facturas de medicamentos y otras emergencias. Este es un apoyo único para asistencia a corto plazo (generalmente hasta \$500) y no está destinado a ser accedido más de una vez por un solo hogar. Si ha recibido fondos de Vecino a Vecino de nuestra agencia en los últimos 6 meses, no es elegible para recibir asistencia financiera en este momento.

Favor de completar todo este formulario de admisión para garantizar un tiempo de respuesta rápido.

Who is completing this form? Client Volunteer Community Navigator Staff
Interviewer Name: _____
CNN Case #: _____ Date Submitted: _____ Funding Source: _____

- 1. Nombre: _____
- 2. Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal _____
- 3. Número de teléfono: (_____) - _____ - _____
- 4. Correo electrónico: _____
- 5. Género: Masculino Femenina Auto Describir
- 6. Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Vuido/a Separados
- 7. Veterano: Sí No 8. Deshabilitado Sí No 9. Mayor: Sí No
- 10. Raza: _____ 11. Etnicidad: _____
- 12. Vivienda: Inquilino Dueño de Casa Viviendo con otros Sin hogar
- 13. Nivel de Educación: _____
- 14. Comparta brevemente por qué está solicitando asistencia y cuál es su necesidad más urgente en este momento.

Intake Completed: _____ CNN Approved: _____ Disbursement Approved: _____
Payment Completed: _____

15. Enumere los nombres y las edades de todos los miembros del hogar.

	Nombre	Edad
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

16. Esta recibiendo algún ingreso o beneficio en este momento? Por favor marque todos los que apliquen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salarios | <input type="checkbox"/> Desempleo |
| <input type="checkbox"/> SSI / SSDI | <input type="checkbox"/> TAFDC / EAEDC |
| <input type="checkbox"/> Manutención_de Niños | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia |
| <input type="checkbox"/> SNAP / WIC | <input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos |
| <input type="checkbox"/> Pension de Retiro | <input type="checkbox"/> Asistencia de Combustible |

17.Cuál es su ingreso bruto mensual estimado (antes de impuestos)? \$ _____

18. Tipo de solicitud (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pago de alquiler | <input type="checkbox"/> Pago préstamo_de coche |
| <input type="checkbox"/> Pago hipotecario | <input type="checkbox"/> Pago De <u>reparación</u> de <u>automóviles</u> |
| <input type="checkbox"/> Pago de Seguro | <input type="checkbox"/> Facturas medica |
| <input type="checkbox"/> Facturas de servicios públicos
(electricidad/combustible/internet) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

19. cantidad de fondos que esta solicitando?

Tipo de solicitud	Cantidad de solicitud
1.	\$
2.	\$
3.	\$

20. ¿Puede usted mantener una conversación en inglés, tanto para entender como para hablar?

Muy bien ___ Bien ___ No muy bien ___ No, para nada ___ Prefiero no contestar ___

21. ¿Puede usted leer un periódico o un libro en inglés?

Muy bien ___ Bien ___ No muy bien ___ No, para nada ___ Prefiero no contestar ___

22. ¿Estás interesado en aprender inglés? Sí ___ No ___

Documentación Y Divulgaciones:

Todas las solicitudes recibirán de forma continua hasta que se agoten los fondos. El tiempo de procesamiento de la solicitud varia segun la solicitud. Cualquier información proporcionada se mantiene confidencial y solo se utiliza para administrar los fondos de ayuda de emergencia en el condado de Berkshire, M.A. Cualquier informe compartido fuera de nuestra organization no incluirá su información personal privada. Si se aprueba, recibirá una confirmacion de la cantidad pagada y la fecha de envío. Todos los fondos se pagaran directamente al proveedor tras su aprobación.

Documentos Requeridos:

1. Identificación con foto válida
2. comprobante de domicilio
3. Si está buscando **asistencia para el alquiler o la Vivienda:**
 - a. Copia del contrato de arrendamiento/alquiler
 - b. W9 Completado
 - c. Nombre del Propetario: _____
 - d. Correo electrónico del Propetario: _____
 - e. Teléfono del Propetario: _____
4. Si está buscando ayuda con las **utilidades o las facturas atrasadas.**
 - a. Copia de las facturas/estados de cuenta más reciente (página Completa)

Favor leer cuidadosamente toda esta solicitud y confirme que todo esté complete y sea correcto. Devuelva una copia firmada de este formulario y todos los documentos necesarios. (PDF, JPEG, PNG). a
connecting@berkshirehabitat.org

Toda la información presentada arriba es verdadera a mi conocimiento y entender. Entiendo que al firmar a continuación doy permiso a Central Berkshire Habitat for Humanity para revisar mi solicitud a fin de coordinar los servicios más efectivos y eficientes para mi hogar. Entiendo que este permiso se otorga de conformidad con la Sección 2 del Capitulo 66A de la Ley General de Massachusetts, la Ley de Práctica Justa. Este consentimiento caduca automáticamente un año después de la fecha de la firma o cuando finalicen los servicios, lo que ocurra primero.

Firma y Fecha aquí:

Nombre: _____ Fecha: _____