

**COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT (CDBG) CV- 1
APLICACION DE ASISTENCIA DE UTILIDADES**

Por favor complete un formulario POR HOGAR. El adulto, cabeza del hogar, debe firmar & poner fecha.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono de mensaje: _____

Correo electrónico: _____

Tipo de asistencia solicitada. Por favor, marque todos los servicios solicitados:

___ Agua/Drenaje-Alcantarillado ___ Basura/Waste ___ Energia (Gas/Electricidad)

PARTE 1: ELEGIBILIDAD COVID-19 - documentación de dificultades

¿Ha vivido en el condado de San Benito 30 días o más? ___ SI ___ NO

PARTE II: Información del hogar: Por favor incluya a todos los miembros en el hogar:

¿Cuántos miembros en total viven en su hogar? 1 2 3 4 5 6 7 8

¿Cuántos son menores de 18 años? 1 2 3 4 5 6 7 8

PARTE III: Ingresos anuales: Anote todos los ingresos actuales (salarios, manutención de los hijos, SSI, SSA, desempleo, pensión, etc.) recibidos en los últimos 30 días. **NO INCLUYA LOS PAGOS DE IMPACTO ECONÓMICO DEL IRS (cheques de estímulo), la Compensación Federal por Desempleo Pandémico (los \$600 adicionales por semana) ingresos. ** Se requiere verificación**

7.30.21



COMMUNITY ACTION BOARD & WORKFORCE Development BOARD

SERVING SAN BENITO COUNTY SINCE 1978

The County CSWD is an equal opportunity employer/program



¿Cuál es su fuente de ingresos actual suya y de su familia?

Nombre - miembro de familia	Fuente de Ingreso	Ingreso Mensual	Ingreso total de los últimos 30 días**

Información de utilidades:

¿Está atrasado con las facturas de servicios públicos, como gas, electricidad, agua/drenaje-alcantarillado o basura?

Si No

Si usted está atrasado en sus servicios públicos, por favor identifique el/los servicio(s):

Utilidades	Numero de meses atrasado	Cantidad Atrasada	Cantidad que se Debe

PARTE IV: Certificación del solicitante: Certifico que la información dada en este formulario es verdadera y precisa a mi mejor conocimiento. Soy consciente de que hay sanciones por dar deliberadamente y a sabiendas información falsa en una solicitud de Fondos Federales, que puede incluir el reembolso inmediato de todos los Fondos Federales recibidos y / o el enjuiciamiento bajo la ley. Doy fe de que todas las respuestas, información y documentación que proporciono para la solicitud de esta asistencia de socorro en casos de desastre por única vez son verdaderas y precisas a mi mejor conocimiento.

Su solicitud no está completa hasta que presente prueba de ingresos y otra documentación de elegibilidad.

Firma del Participante

Fecha

CSWD Signature

Date

**COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT (CDBG) CV-1
ASISTANCIA DE UTILIDADES**

DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS DECLARACIÓN JURADA (“Declaración Jurada”)

Nombre: _____

Domicilio _____

Ciudad _____

Codigo Postal _____

Marque uno: ____ Ciudad de Hollister ____ Condado de San Benito ____ San Juan Bautista

Entiendo/entendemos que la cantidad de asistencia recibida por mí / nosotros de la agencia mencionada anteriormente, debe reducirse por la cantidad de Asistencia duplicada recibida o que se recibirá para la Necesidad, de otras fuentes (como, Cruz Roja, la Ciudad, seguro de vivienda, etc.) con el mismo fin.

Por lo tanto, yo / nosotros entendemos que si recibo / recibimos asistencia de una fuente que no sea la agencia mencionada anteriormente, (como FEMA, SBA, la Cruz Roja, la ciudad, seguro de vivienda, etc.) para la Necesidad con el mismo propósito, Yo / nosotros debemos reembolsar la asistencia recibida de la agencia mencionada anteriormente.

Yo / Nosotros certificamos bajo las 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 agencia mencionada anteriormente, el pago de multas y / o encarcelamiento puede ser requerido en el 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, el Solicitante (s) conoce y entiende 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 (5) años, o ambos, que pueden ser declarados un delito grave, por cualquier violación de dicha Sección.

Participante _____

Firma del Participante _____ Fecha _____

Participante _____

Firma del Participante _____ Fecha _____



COMMUNITY ACTION BOARD & WORKFORCE Development BOARD

SERVING SAN BENITO COUNTY SINCE 1978

The County CSWD is an equal opportunity employer/program



**COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT (CDBG) CV-1
ASISTENCIA de UTILIDADES
COVID-19 DECLARACIÓN DE NECESIDAD**

Por favor, explique cómo la COVID-19 Pandemia le ha afectado a usted / su familia de tal manera que usted está buscando ayuda:

- Personas que han adquirido COVID-19 pero no requieren hospitalización
- Personas que han estado expuestas al COVID-19
- Individuos que son “de alto riesgo” para COVID-19 como personas mayores de 65 años o tienen condiciones médicas subyacentes. Por ejemplo, personas con enfermedad pulmonar crónica, asma, afecciones cardíacas graves, enfermedad hepática, diabetes, enfermedad renal crónica sometida a diálisis, obesidad grave e inmunodeprimido. Muchas afecciones pueden hacer que una persona se vea inmunodeprimida, como tratamientos oncológicos, tabaquismo, trasplante de médula ósea o órganos, deficiencias inmunes, VIH o SIDA mal controlados, uso prolongado de corticosteroides y otros medicamentos para debilitar la inmunológico.
- Incapaz de trabajar debido a cuidado de un miembro de la familia o el cuidado de los niños que son aprendices a distancia
- Reducción de horas de trabajo debido al COVID-19
- Pérdida de empleo por COVID-19
- Otro, por favor describa: _____

Atestigua que la información mencionada anteriormente es verdadera y precisa, y entiendo que la información anterior si está tergiversada, o incompleta, puede ser motivo de terminación inmediata de los programas y/o sanciones según lo especificado por la ley.

Firma del solicitante Fecha

Dirección Ciudad CA Estado Codigo Postal

Signature of CSWD staff Date



FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE y COMPLETE LAS AREAS EN GRIS SOLAMENTE

A. AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN

Usted ha solicitado asistencia de la oficina de Servicios Comunitarios y Desarrollo Laboral (CSWD). El uso de estos fondos está limitado a esas personas que son elegibles. Es la póliza de la Agencia de verificar la información que es pertinente a su caso para determinar si Usted es elegible para la asistencia. La determinación de que si es elegible o no se hace cuando todos los documentos han sido recibidos por la oficina de Servicios Comunitarios y Desarrollo Laboral.

Iniciales

Cuando usted firme este "Autorización" está dando permiso a la oficina de Servicios Comunitarios y Desarrollo Laboral a verificar la información que ha sido sometido que incluye; ingresos y beneficios recibidos, fecha de nacimiento, ciudadanía, prueba de ser residente del condado de San Benito, número de seguro social, trabajo, educación, existencia de parientes, estado legal (condenas anteriores, encarcelamientos, libertad condicional) y otra información requerida para verificar si usted es elegible, para completar su solicitud y, para evitar la duplicación de servicios.

Iniciales

Por este medio doy permiso y autorizo que la oficina de Servicios Comunitarios y Desarrollo Laboral (CSWD) reciba o de información relacionada con mi solicitud a otras agencias de servicios.

Iniciales

Además, está usted confirmando que la información que nos ha dado es verdad y correcta según su conocimiento, y que usted entiende que al falsifica a propósito la información en esta solicitud, para determinar si usted es elegible, pueda estar cometiendo un crimen de la cual usted pueda ser castigado (a) y puede ser descalificado (a) del programa y puede resultar en una acción para recubrir dinero pagado durante su solicitud.

B. DECLARACION DE NEPOTISMO

1. ¿Es un miembro de su familia inmediata (cónyuge, padre, hijo, hermano, hermana, tío, tía, sobrina, sobrino, suegro, padrastro o hijastro) un funcionario electo de la ciudad o del condado, o miembro de la mesa directiva de la Agencia de Servicios y Trabajadores Unidos de Desarrollo? En caso afirmativo, ¿cuál es su nombre, título elegido y relación con usted?
Si No ¿Si es que sí, cuál es su nombre, título y parentesco?

2. ¿Es miembro de su familia inmediata (cónyuge, padre, hijo, hermano, hermana, tío, tía, sobrina, sobrino, suegros, padrastrros o hijastros) un empleado de la ciudad, el condado o un subcontratista de la ciudad, el condado o el departamento de Agencia de Servicios y Trabajos Unidos de Desarrollo? En caso afirmativo, ¿cuál es su nombre, posición y relación con usted?
Si No ¿Si es que sí, cuál es su nombre, título y parentesco?

Según mi conocimiento, no tengo familiares de ningún grado, que trabajen para el condado de San Benito.

NOMBRE EN MOLDE

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

Please fill in ALL GREY areas of this application only

**FAIR HEARING/ APPEALS PROCESS SUMMARY
FORM**

The San Benito County Community Services & Workforce Development has agreed to comply with Title 22 of the California Administrative Code, Section 100751, as amended which sets forth elements to be included in client benefit denial appeal procedures.

You are hereby advised that should you be denied assistance for which you have applied, and for which you have submitted a complete application and eligibility documentation as required, you may appeal that decision within twenty (20) days from receiving notice of denial.

Within five (5) working days of receipt of your appeal, the Community Services & Workforce Development shall conduct a Fair Hearing at the local level. Should your complaint not be resolved at the local level, you may appeal to Grantor/Funding source for which you have been denied. The Community Services & Workforce Development shall provide proper forms and guidance in making your appeal.

You may withdraw your request for appeal for an administrative hearing at any time during the appeals process by tending written or oral notice. Where oral notice is given, the parties shall confirm such notice in writing.

POLICY FOR GRIEVANCES BY CLIENT

Any client who has been denied services by this agency may file a grievance with the Director of the agency. Each employee will inform the participants of their appropriate grievance procedure and issue those procedures.

Upon receipt of a grievance, the grievance will be passed to the appropriate Deputy Director who will meet with the Director and determine the appropriate course of action as required by the funding source.

The information contained in your file is confidential and will not be disclosed to anyone without your written permission. Your file becomes the property of the San Benito County Department of Community Services & Workforce Development.

Client Signature/*Firma del Cliente*

Spouse Signature/*Firma del Cliente*

CSWD Staff Signature

PROCESO DE AUDENCIA/APELACION

La Oficina de Servicios Comunitarios y Desarrollo Laboral (CSWD) del Condado de San Benito ha aceptado cumplir con los reglamentos de TITULO 22 del Código Administrativo de California, Sección 1007551 enmendado, que indica los elementos necesarios para que el proceso de una apelación si es que los beneficios son negados al cliente.

De aquí en adelante queda usted informado (a) de que si a usted se le niega la asistencia por la cual usted aplico, y por la cual usted sometió una aplicación completa con documentación de elegibilidad que se requirió, usted tiene el derecho de apelar esta decisión dentro de veinte (20) días después que usted haya recibido un aviso de negación.

Dentro de cinco (5) días después de que la Acción de La Comunidad haya recibido su apelación, se llevara acabo una audiencia a nivel local. Si su apelación no se resuelve al nivel local, usted tiene el derecho de someter una apelación a la fuente de los fondos federales de los cuales a usted se le negó los servicios. La agencia de Acción de la Comunidad le dará las formas necesarias para su apelación. Usted podrá referir su apelación por aviso escrito u oral, se confirmara el aviso por escrito.

POLIZA DE QUEJA FORMAL POR PARTE DEL CLIENTE

El cliente que se le ha negado servicios de la Agencia puede someter una queja formal con el Director de la agencia. Cada empleado le informara al participante del proceso apropiado para someter una queja formal.

En cuanto se reciba una queja formal, la queja pasara al asistente del director que se reunirá con el Director para determinar la acción apropiada como es requerida por la fuente de los fondos federales.

La información que contiene su archivo es confidencial, y no será revelado a nadie sin su permiso por escrito. Su archivo se convierte propiedad de la Oficina de Servicios Comunitarios y Desarrollo Laboral.

Date/*Fecha*

Date/*Fecha*

Date

7.30.21



AMERICANS WITH DISABILITIES ACT (ADA)

The Health & Human Services Agency (HHS) Division of Community Services & Workforce Development (CSWD) is an equal opportunity employer/program. The County of San Benito complies with the Americans with Disabilities Act (ADA) by assuring that auxiliary aids for services are available upon request to persons with disabilities. Persons with hearing disabilities can call the TDD/TTY phone (831)637-3265. Persons requiring any special needs for access to the CSWD office should call (831)637-9293 at least five business days before the needed date to arrange for the special accommodations.

Client Signature

Date

CSWD Staff Signature

Date

LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES (ADA)

La División de Servicios Comunitarios y Desarrollo Laboral (CSWD) de la Agencia de Salud y Servicios Humanos (HHS) es un empleador/programa de igualdad de oportunidades. El cumple con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) al asegurar que las ayudas auxiliares para los servicios están disponibles a petición de las personas con discapacidades. Las personas con discapacidad auditiva pueden llamar al teléfono TDD/TTY (831)637-3265. Las personas que requieran cualquier necesidad especial de acceso a la oficina de CSWD deben llamar al (831)637-9293 al menos cinco días hábiles antes de la fecha necesaria para organizar las adaptaciones especiales. Condado de San Benito

Firma del Cliente

Fecha

Firma CSWD

Fecha

7.30.21



COMMUNITY ACTION BOARD & WORKFORCE Development BOARD

SERVING SAN BENITO COUNTY SINCE 1978

The County CSWD is an equal opportunity employer/program



**COMMUNITY DEVELOPMENT BLOCK GRANT (CDBG) CV-1
ASISTENCIA DE UTILIDADES
DEMOGRAFIA**

Estos datos son mandatorios para el reporte estatal.

Otros datos demográficos (seleccione todos los que se aplican)

- Madre de Familia Soltera Padre de Familia Soltero Discapacitada
- Veterano Mayor de 60 años Soltero/a menor de 60 años
- Parentesco: Padre o Madre Soltero Parentesco: Hogar con dos Presente

Otro: _____

Categorías de etnicidad para aplicaciones de programas Financiados con Fondos Federales:

Esta sección es voluntaria.

RAZA

Blanco	Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco
Negro/Afroamericano	Asiático Y Blanco
Asiático	Negro/Afroamericano Y Blanco
Indio Americano o Nativo de Alaska	Indio Americano/Nativo de Alaska Y Negro/Afroamericano
Nativo Hawaiiano u Otro Isleño del Pacifico	Otro:

Etnicidad: **Hispano/Latino:** **SI** **NO**

7.30.21



COMMUNITY ACTION BOARD & WORKFORCE Development BOARD

SERVING SAN BENITO COUNTY SINCE 1978

The County CSWD is an equal opportunity employer/program



The County of San Benito complies with the Americans with Disabilities Act (ADA) by assuring that auxiliary aids for services are available upon request to persons with disabilities. Persons with hearing disabilities can call the TDD/TTY phone (831) 637-3265. Persons requiring any special needs for access should call the CSWD office at 831-637-9293 at least five business days before the needed date to arrange for the special accommodations.

Date

Dear Applicant,

Estimado (a) Apicante,

We welcome the opportunity to serve you and pride ourselves on being customer oriented and focus all efforts on customer satisfaction.

Les damos la bienvenida a la oportunidad de ayudarles y tenemos orgullo de enfocar todos nuestros esfuerzos a la satisfacción de nuestros clientes.

If you received great or outstanding service please tell all your friends and relatives.

Si usted recibió buen servicio haga el favor de decirles a todos sus amigos y parientes.

If you feel the service you received is/was poor, then please tell me. You do not need to give me your name just your concern.

Si usted siente que recibió mal o pobre servicio haga el favor de comunicármelo a mi. No me tiene que dar su nombre nomás su queja.

Sincerely,

Sinceramente,

ENRIQUE ARREOLA

Deputy Director, CSWD

Received a copy on

Recibí una copia de esta forma

Date/ Fecha

Initials/ Iniciales

7.30.21



COMMUNITY ACTION BOARD & WORKFORCE Development BOARD

SERVING SAN BENITO COUNTY SINCE 1978

The County CSWD is an equal opportunity employer/program



The County of San Benito complies with the Americans with Disabilities Act (ADA) by assuring that auxiliary aids for services are available upon request to persons with disabilities. Persons with hearing disabilities can call the TDD/TTY phone (831) 637-3265. Persons requiring any special needs for access to should call the CSWD office at 831-637-9293 at least five business days before the needed date to arrange for the special accommodations.