Northglenn Community Foundation

Our mission:
"Neighbor helping neighbor to help strengthen families and communities within the City of Northglenn."

Solicitud de Asistencia para el Programas de Eliminación de Utilidades y/o Colchón de Resortes

Elegibilidad para recibir asistencia con su factura de servicios públicos de Northglenn o la eliminación de Colchón de resortes, debe cumplir con las siguientes pautas:

- Residente de Northglenn durante al menos 6 meses.
- Debe proporcionar información **completa y precisa** en el formulario de solicitud
- Informe el ingreso anual de **TODOS** los miembros del hogar
- Cada hogar es elegible de recibir asistencia solo una vez al año
- El ingreso anual del hogar es el siguiente:

Miembros de la familia en el hogar:	Los ingresos anuales y otros beneficios financieros están por debajo de:
1	$23,606
2	$31,894
3	$40,182
4	$48,470
5	$56,758
6	$65,046
7	$73,334
8	$81,622

Si cumple con los requisitos anteriores, puede completar esta solicitud y enviarla por correo o dejarla en:

Northglenn City Hall
11701 Community Center Drive
Northglenn, CO 80233

ESTOY APPLICANDO PARA _____ **ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS y** / o _____**ASISTENCIA DE COLCHÓN - COLCHÓN-DE RESORTES**

Nombre del solicitante: _____ Aplicación No#_____ (Asignado por NCF)

Dirección: _____ Código Postal_____

Teléfono: _____ Correo Electrónico _____

Número de cuenta de utilidad de Northglenn: _____

TODA LAS SOLICITUDES DEBEN COMPLETARSE PARA SER CONSIDERADAS PARA FINANCIACIÓN. ESTO REQUIERE QUE TODOS LOS ESPACIOS VACIÓS DENTRO DE ESTA SOLICITUD DEBEN TENER UNA RESPUESTA Y UNA COPIA DE SU CUENTA DE SERVICIOS PÚBLICO MÁS RECIENTE DE NORTHGLENN, SI ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA PARA SERVICIOS PÚBLICOS Y / o ASISTENCIA PARA LA ELIMINACIÓN DE COLCHÓN-DE RESORTES.

SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SERÁN CONSIDERADAS PARA FINANCIACIÓN.

Asegúrese de haber completado TODAS las secciones de esta solicitud. NCF Rev Feb 2021

Deleted: o
Deleted: -Box Springs
Deleted: o
Deleted: -Box Springs
Deleted: 2,459
Deleted: 30,451
Deleted: 38,443
Deleted: 46,435
Deleted: 54,427
Deleted: 62,419
Deleted: 70,411
Deleted: 78,403
Deleted: A
Deleted: pplication
Deleted: a
Deleted: ssigned by
Deleted: A
Deleted: ddress
Deleted: _____Zip
Deleted: P
Deleted: hone
Deleted: eMail: ___
Deleted: _____
Commented [DM1]: This section is still in English, is that the intent?
Deleted: Northglenn
Deleted: Utility Account Number
Deleted: *Asegúrese de haber completado TODAS las secciones de esta solicitud. NCF Rev Nov 2018*
P

Perfil del hogar:

Primer Nombre (lista de todas las personas que viven en el hogar)	Fecha de nacimiento	edad	Relación con el solicitante	Seguro Médico si o No	Discapacitado Si o No	Ingreso mensual por persona
			Yo			
INGRESO TOTAL DEL HOGAR	*El monto debe coincidir con el **Ingreso total mensual** a continuación					

Complete TODOS los espacios aplicables con las cantidades <u>mensuales</u> en dólares recibidas <u>por TODOS</u> los miembros de su hogar:

Tipo de ingreso:	**Marque esta casilla si tiene ingresos de esta fuente**	**Ingrese la cantidad mensual que se recibe**
Empleo / Salario / Salarios		
Ingresos de autoempleo		
Desempleo		
Seguro Social o SSI		
Seguo Social por Incapacidad		
Pensión		
Beneficios de VA		
Manutención de los hijos		
Pensión alimenticia		
Asentamiento Legal		
Otras fuentes de ingresos		
*** INGRESO TOTAL MENSUAL**		

Tipo de beneficio:	**Marque esta casilla si tiene beneficios de esta fuente**	**Ingrese la cantidad mensual que se recibe**
Sección 8		
TANF		
AND/OAP		
Estampilla de Alimentos		
Otros beneficios		
TOTAL DE BENEFICIOS MENSUALES		

	Por favor explique cómo está pagando actualmente por los siguientes artículos:
Alojamiento	
Utilidades - Servicios Públicos	
Comida	
Otros	

Deleted: *Asegúrese de haber completado TODAS las secciones de esta solicitud. NCF Rev Nov 2018*
P

¿Cuántos dependientes reclama en su declaración de impuestos? _____

¿Cuánto tiempo has vivido en Northglenn? _____

Estatus de vivienda, circule uno: Alquiler o propietario Mensualidad _____

¿Su dificultad se debe a gastos médicos? Circule uno: Si o No

Si la imposibilidad de pagar su factura de Northglenn Servicios Públicos y / o la eliminación de colchón - colchón-de resortes se debe a una dificultad relacionada con problemas médicos o discapacidad por favor explique (con detalle):

_____
_____
_____
_____

Describa las circunstancias que provocaron el déficit con sus gastos de servicios públicos y / o gastos de eliminación de la eliminación de colchón - colchón-de resortes (con detalle):

_____
_____
_____
_____

Asistencia de Servisios Públicos: ¿Necesita ayuda con su factura de servicios públicos? Circule uno: Si o No
(SI RESPONDIO SI, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA ASISTENCIA DE SERVISIOS PÚBLICOS)

Monto total adeudado en su factura de servicios públicos de Northglenn: _____ Cantidad Atrasada:_____

¿Cuál es el promedio mensual mensual de su facture de servicios públicos de Northglenn? _____

¿Tiene un acuerdo de pagos? Circule uno: Si o No

Si respondio si, ¿Cuál es el monto en dólares que puede pagar de su factura?_____

¿Recibió un aviso de desconectar o un aviso de corte el servicio? Circule uno: Si o No

Si respondio si, ¿cuándo se desconectarán sus utilidades?: _____

¿Cuál es su plan para pagar futuras facturas de servicios públicos de Northglenn?

_____

_____

Deleted: *Asegúrese de haber completado TODAS las secciones de esta solicitud. NCF Rev Nov 2018*
P

Las solicitudes se revisan al comienzo de cada mes, por lo que deben enviarse y recibirse antes del último día hábil del mes. Una vez que Northglenn Community Foundation (NCF) haya recibido la solicitud, se revisará la solicitud y se otorgarán subsidios basados en la determinación de necesidad y los recursos disponibles del NCF. Se le notificará por correo sobre el estado de su solicitud de subsidio después de que se revisen las solicitudes. Las solicitudes aprovadas seran pagadas directamente a la Ciudad de Northglenn. Si recibió un aviso de desconexión de la ciudad de Northglenn, comuníquese con la ciudad de inmediato para establecer un plan de pago y luego envíe esta solicitud lo antes posible. Los subsidios se otorgan mensualmente; Por lo tanto, se recomienda que realice los arreglos financieras adecuados.

Asistencia Colchón - colchón-de resortes: ¿Necesitas ayuda con la eliminación de colchón - colchón-de resortes? (SI RESPONDIO SI, POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN) Circule uno: Si o No

Proporcione información y recibos de los siguientes servicios de la ciudad de Northglenn para la eliminación de colchón - colchón-de resortes:

_____ $65 – Northglenn recolección especial para los dos primeros colchón-de resortes, $20 por cada pieza adicional

_____ Piezas en total = $ _____ total

_____ $25 cada pieza dejada en Northglenn Yard Mulching Center

_____ Piezas en total = $ _____ total

Northglenn Community Foundation revisará su solicitud y recibos. Los subsidios se otorgarán en función de la determinación de necesidad de NCF y los recursos disponibles. Se le notificará por correo sobre el estado de su solicitud de subsidio después de que se revisen las solicitudes. Los subsidios que reciben fondos se pagarán directamente a la oficina de servicios públicos de la Ciudad de Northglenn. NCF ofrece asistencia de subsidios para servicios de la ciudad en general hasta un máximo de $65.

Asistencia adicional:

¿Necesita ropa o artículos pequeños del hogar de manera inmediata para miembros de su familia?
Circule una: Si o No

¿Puede Northglenn Community Foundation compartir su historia para ayudar a recaudar fondos para este programa? (Su identidad permanecerá confidencial)) Circule uno: Si o No

Por la presente certifico que esta información es correcta según mi leal saber y entender. Autorizo la reproducción y verificación de esta información. Doy mi permiso a la Northglenn Community Foundation para intercambiar información sobre mi solicitud con los recursos apropiados para procesar mi solicitud de asistencia. Autorizo específicamente a la Ciudad de Northglenn a proporcionar cualquier información necesaria de mi cuenta de facturación de servicios públicos con la Ciudad a Northglenn Community Foundation. Entiendo que al hacerlo, renuncio a las protecciones disponibles para mí de conformidad con C.R.S. 24-72-204 (3) (a) (IX) con respecto a la confidencialidad de dicha información. Reconozco que los servicios prestados por parte de la Northglenn Community Foundation están sujetos a los recursos disponibles. Entiendo que la decisión del Programa de Asistencia de Subsidio de la Fundación Comunitaria Northglenn es final y no puede ser apelada; sin embargo, futuras solicitudes pueden presentarse para su consideración. Finalmente, juro o afirmo que soy ciudadano de los EE. UU. O residente permanente de los EE. UU. O estoy legalmente presente en los EE. UU. De conformidad con la ley federal. Además, reconozco que hacer declaraciones o representaciones falsas, ficticias o fraudulentas en esta declaración jurada es punible según las leyes penales de Colorado.

Deleted: ¿¿
Deleted: eliminación
Deleted: : Si
Deleted: eliminación
Deleted: *a*
Deleted: : Si
Deleted: *Asegúrese de haber completado TODAS las secciones de esta solicitud. NCF Rev Nov 2018*
P

_____ _____

Firma Fecha

TODAS LAS SOLICITUDES DEBEN COMPLETARSE PARA SER CONSIDERADAS PARA FINANCIACIÓN. ESTO REQUIERE QUE TODOS LOS ESPACIOS VACIÓS DENTRO DE ESTA APLICACIÓN DEBEN TENER UNA RESPUESTA Y QUE SE ADJUNTE UNA COPIA DE SU CUENTA DE SERVICIOS PÚBLICO DE NORTHGLENN MÁS RECIENTE. SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SERÁN CONSIDERADAS PARA FINANCIACIÓN.

Deleted: *Asegúrese de haber completado TODAS las secciones de esta solicitud. NCF Rev Nov 2018*
P