

¡ATENCIÓN!

Todos los solicitantes **DEBE LEER Y SEGUIR ESTAS INSTRUCCIONES**, si la solicitud se encuentra incompleta **SERÁ AUTOMÁTICAMENTE RECHAZADA.**

- **LEA** su “**Lista de Documentos Requerida para Procesar su Solicitud de Asistencia**” enliste y siga las instrucciones.
- **COMPLETE** todos los campos de la solicitud con la información suficiente para nosotros poder entender las razones por las cuales requiere la ayuda.
 - Usted puede llevarse la solicitud a su casa si requiere de ayuda para llenarla.
 - Si no cuenta con talones de pago, pida a su patrón una carta. Si usted no está trabajando o no tiene talones de pago, proporcione el nombre, dirección y teléfono de contacto de su último empleador.
- **DEPOSITE** en el buzón negro localizado en la parte posterior del edificio y cerca de la puerta de entrada principal, el cual está identificado con la etiqueta de “Completed Applications” (inglés para Solicitud Completada). O envíe todos sus documentos vía correo electrónico a southside_comm@yahoo.com

Las Solicitudes toman 5 DIAS LABORALES para procesarse.

DEBERÁ INCLUIR ABSOLUTAMENTE TODOS LOS DOCUMENTOS, DE OTRA FORMA SU SOLICITUD SERA RECHAZADA.

Entrega de la solicitud durante horario de oficina.
8:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 5:00 p.m.

RESIDENTES DEL CONDADO HAYS UNICAMENTE

Lista de Documentos Requeridos para la Solicitud de Asistencia Favor de ser Elegible

1. Comprobante de los Habitantes en su Vivienda:

* Se requiere las tarjetas de seguro social y tarjetas de identificación oficial con fotografía de todas las personas que habitan en su vivienda. Si usted no cuenta con su tarjeta de seguro social favor de solicitar un reemplazo en las oficinas correspondientes y proporcionarnos la carta comprobante.

2. Comprobante de Domicilio:

* Correspondencia que verifique que usted vive en la dirección proporcionada. Por ejemplo: Gas, Luz o Recibo de Teléfono a nombre suyo o de su conyugue.

3. Comprobante de Ingresos:

* Últimos 2 talones de pago de todas las personas que laboren y habiten en su vivienda.

* Si usted cuenta con cualquier otro ingreso suplemental como - AFDC, SS, SSI Estampillas de Comida, Manutención Alimenticia de Menor, Beneficios por Desempleo o cualquier otro, se requiere comprobante de todos los ingresos que reciba.

* Si eres empleado independiente, proporcione 2 estados de cuenta bancaria que muestren el nombre de su negocio/empresa.

4. Requisitos para los distintas ayudas en específico:

* **Renta:** Se requiere carta membretada por parte del arrendador con su información de contacto: nombre, dirección, y número de teléfono. La carta debe establecer el monto de pago mensual y cuánto es su adeudo atrasado. **Usted debe mostrar prueba** de que su balance no excede los \$200.00.

* **Servicios:** Luz, Gas Propano o Agua (se requiere recibo más reciente)

* **Pago de amortización de vivienda/lote:** Carta del terrateniente o de la institución bancaria en dónde se especifica el pago requerido (igual que en el caso de renta).

USTED ES RESPONSABLE DE CREAR LAS COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO DE SU SOLICITUD DE ASISTENCIA.

De ser aprobado se pagará hasta \$100 en renta o \$50 en servicios, es uno o el otro, nunca ambos.

¿Otras personas que usted este subarrendando la vivienda en su casa? Si o No

¿Alguna persona discapacitada que habite en su vivienda? Si o No

¿Se encuentra empleado? Si o No

Lugar de Empleo _____ Salario \$ _____
Otro _____ (circule uno) Semanal, Catorcena, Mensual.

Si usted está desempleado, ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Ha aplicado a los beneficios de Texas Workforce Commission? _____ Fecha: _____

¿Qué tipo de trabajos puede desempeñar? _____

¿Esta su conyugue empleado? Si o No

Lugar de Empleo _____ Salario \$ _____
Otro _____ (circule uno) Semanal, Catorcena, Mensual.

Si el/ella está desempleado, ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Ha aplicado a los beneficios de Texas Workforce Commission? _____ Fecha: _____

¿Qué tipo de trabajos el/ella puede desempeñar?

¿Recibe alguno de los siguientes?

Estampillas de Comida \$ _____ SS \$ _____ Otro \$ _____

Manutención Alimenticia de Menor \$ _____ SSI \$ _____ AFDC \$ _____

¿Cuál es el ingreso total que espera recibir en este mes? \$ _____

¿Cómo cubrió sus gastos anteriormente?

Razón por la cual requiere asistencia este mes: _____
