

Eagle Valley Family Assistance Fund

COVID-19 Programa de asistencia para viviendas relacionadas

Información:

Nombre Completo: _____ Fecha: ___/___/___

Referido por: _____

Número de teléfono principal: (_____) - _____ - _____

Correo electrónico principal: _____

Dirección física: _____

Cuanto tiempo viviendo en el hogar? _____

Información del hogar:

Número de adultos adicionales en el hogar: _____

Adulto Adicional #1 - Nombre Completo: _____

Relación: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Adulto Adicional #2 - Nombre Completo: _____

Relación: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Adulto Adicional #3 - Nombre Completo: _____

Relación: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Adulto Adicional #4 - Nombre Completo: _____

Relación: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Número de niños en el hogar: _____

Niño #1 - Nombre Completo: _____

Relación: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Niño #2 - Nombre Completo: _____

Relación: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Niño #3 - Nombre Completo: _____

Relación: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / _____

Niño #4 - Nombre Completo: _____

Relación: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / _____

Niño #5 - Nombre Completo: _____

Relación: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / _____

Niño #6 - Nombre Completo: _____

Relación: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / _____

Información actual sobre el empleo:

¿Estás empleado actualmente? *Por favor circule uno:* SI NO

¿Actualmente trabaja por cuenta propia? *Por favor circule uno:* SI NO

¿Dónde estabas / estás empleado? _____

Si trabajo por cuenta propia, ¿qué tipo de trabajo por cuenta propia haces? _____

Salario: _____

Empleador, Propietario comercial u otra referencia - Nombre completo: _____

Empleador, propietario comercial u otra referencia: número de teléfono: (_____) - _____ - _____

Si está desempleado, tipo de terminación:

Por favor circule uno: Terminado Le otorgaron ausentarse temporalmente

Fecha de terminación o le otorgaron ausentarse temporalmente: ___ / ___ / _____

Información sobre el trabajo de su Esposo/a:

¿Está su Esposo/a actualmente empleado? *Por favor circule uno:* SI NO

¿Su cónyuge trabaja actualmente por cuenta propia? *Por favor circule uno:* SI NO

¿Dónde estaba / está empleado su Esposo/a? _____

Si su Esposo/a trabaja por cuenta propia, ¿qué tipo de trabajo por cuenta propia hace su Esposo/a?

Salario: _____

Empleador, Propietario comercial u otra referencia - Nombre completo: _____

Empleador, propietario comercial u otra referencia: número de teléfono: (_____) - _____ - _____

Si su Esposo/a está desempleado, ¿qué tipo de terminación?

Por favor circule uno: Terminado Le otorgaron ausentarse temporalmente

Fecha de terminación o le otorgaron ausentarse temporalmente: ____ / ____ / _____

EVFAF COVID-19 Información de asistencia:

¿Ha hablado con el dueño o administrador de la propiedad sobre un plan de pago?

Por favor circule uno: SI NO

¿Si hay un acuerdo, cuál es el acuerdo con el dueño o administrador? _____

Propietario o Administrador de la Propiedad - Nombre Completo: _____

Propietario o Administrador de la Propiedad - Número de teléfono: (_____) - _____ - _____

¿Qué mes y propósito está solicitando asistencia? (Ejemplo: alquilar de junio) _____

¿Cuánta asistencia está solicitando? (Ejemplo: \$1,000) \$ _____

Additional Assistance Information:

¿Califica para la asistencia del desempleo? *Por favor circule uno:* SI NO

¿Ha aplicado por asistencia del desempleo estatal o federal? *Por favor circule uno:* SI NO

Si ha recibido la asistencia del desempleo estatal o federal en qué cantidad? \$ _____

¿Su Esposo/a califica para la asistencia del desempleo? *Por favor circule uno:* SI NO

¿Su Esposo/a ha aplicado por asistencia del desempleo estatal o federal? *Por favor circule uno:* SI NO

Si su Esposo/a ha recibido la asistencia del desempleo estatal o federal en qué cantidad? \$ _____

¿Ha solicitado otros programas de asistencia local? *Por favor circule uno:* SI NO

En caso afirmativo, indique los nombres de las organizaciones: _____

¿Recibió asistencia financiera de estas otras organizaciones? *Por favor circule uno:* SI NO

En caso afirmativo, ¿cuánta asistencia recibió? \$_____

Notas adicionales:

Por favor envíe su solicitud completa a la siguiente dirección:

PO Box 4711
Avon, CO 81620

Los formularios también se pueden entregar en FirstBank en Avon.

Gracias por completar nuestra solicitud en línea para el Programa de Asistencia Relacionada COVID-19 de EVFAF. Un miembro del Fondo de Asistencia Familiar de Eagle Valley se pondrá en contacto con usted pronto.

Para obtener más información sobre EVFAF, visite: evfaf.net