

Women & Family Life Center COVID-19 Cash Assistance Application

El propósito de esta aplicación es identificar a las personas que han sufrido dificultades financieras debido al impacto directo de COVID-19. Los solicitantes que cumplan con los requisitos de elegibilidad serán considerados para la siguiente asistencia:

- 1) En asociación con Branford Community Foundation y Guilford Foundation, las personas que viven o trabajan en Guilford y Branford y que demuestran necesidad directamente debido a COVID-19.
- 2) Las personas que viven o trabajan en cualquiera de las 16 ciudades costeras a las que servimos que demuestran necesidad directamente debido a COVID-1.

Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a: una persona con resultados positivo de el Virus y no puede trabajar, pérdida de trabajo o reducción de horas de trabajo, pérdida de cuidado de niños, necesidad de cuidar a un ser querido, etc.

Después de enviar esta solicitud, nos comunicaremos con usted para una llamada telefónica de 10-15 minutos.

Díganos qué idioma es mejor para su llamada telefónica: Español o Inglés

1. Fecha: _____

2. Nombre: _____

Apellido: _____

3. Email: _____

4. Teléfono #: _____

Número de teléfono: Celular Casa Trabajo

5. ¿Es seguro para nosotros dejarle un mensaje de voz? Si No

6. ¿Cómo se enteró de esta aplicación?

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> E-mail | <input type="checkbox"/> Referral from another agency |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> W&FLC Website |
| <input type="checkbox"/> Newspaper | <input type="checkbox"/> Word of mouth/friend |

7. # de adultos que viven en la casa (incluyéndote): _____

de niños en la casa: _____

8. Dirección de Casa:

9. Dirección de Envío:

10. Necesita presentar pruebas que la dirección de su casa o trabajo se encuentra en Guilford / Branford proporcionando uno de los siguientes documentos: copia de un correo, talón de pago, licencia de conducir, número de teléfono del gerente o número de teléfono del propietario para verificación

Nombre de su Empleador y Empresa: _____

Ciudad donde trabaja: _____ *Teléfono #:* _____

Email: _____

11. ¿Cuál de los siguientes programas ha utilizado en Women & Family Life Center, si alguno? Por favor marque. La participación en un programa no es necesaria para esta aplicación.

Guided Assistance Program (GAP)
Financial Consult
Lawyer Time

Restart and/or Adapt
None
Other: _____

12. ¿Cantidad de Dinero Solicitada?: _____ (\$500.00 maximo)

13. ¿Cómo utilizará esta asistencia en efectivo y qué impacto tendrá en usted y / o su familia?

Envíe esta solicitud por correo electrónico a info@womenandfamilylife.org O déjela o envíela a nuestro Centro a: Women & Family Life Center, 96 Fair Street, Guilford, CT 06437

Esta solicitud será revisada por el personal del Women & Family Life Center. Un miembro del personal se comunicará con usted para programar una llamada telefónica para revisar su solicitud. Los fondos se desembolsarán directamente al beneficiario, a menos que se acuerde lo contrario con la aprobación de las partes involucradas anteriormente. Este fondo es posible gracias a nuestros siguientes socios:



**GUILFORD
FOUNDATION**

BRANFORD
Community Foundation