

# FALL RIVER HELPING HANDS, INC.

1150 N 3400 E  
Ashton, ID 83420  
208-652-7431  
800-632-5726  
Fax 208-652-7825



## SOLICITUD DE DISTRIBUCIÓN DE FONDOS DE EMERGENCIA DE HELPING HANDS PARA INDIVIDUOS O FAMILIAS

Favor de contestar todas las preguntas. De no hacerlo, podría suceder que no se aprueben los fondos solicitados. Usted debe tener una cuenta activa en Fall River Electric o proporcionar un contrato de alquiler en el que conste que usted está viviendo en la residencia.

### Información familiar

Nro. de cuenta de Fall River Electric \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio \_\_\_\_\_ Dirección de correo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto \_\_\_\_\_ Teléfono secundario \_\_\_\_\_

¿Se trasladó al sistema de la Cooperativa Fall River en los últimos 12 meses?  No  Sí

Si lo hizo, ¿en qué fecha? \_\_\_\_\_ ¿Está recibiendo actualmente ayuda para los gastos de energía, LIEAP o cupones para alimentos?  No  Sí (En caso afirmativo, fecha:\_\_\_\_)  No he aplicado  
Si se le negó previamente, adjunte la notificación).

### Miembros de familia (Favor de adjuntar otra hoja en caso de ser necesario).

1. \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial                      Parentesco                      Seguro Social # (Adjunte copia de tarjeta)
2. \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial                      Parentesco                      Seguro Social # (Adjunte copia de tarjeta)
3. \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial                      Parentesco                      Seguro Social # (Adjunte copia de tarjeta)
4. \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial                      Parentesco                      Seguro Social # (Adjunte copia de tarjeta)
5. \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial                      Parentesco                      Seguro Social # (Adjunte copia de tarjeta)
6. \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial                      Parentesco                      Seguro Social # (Adjunte copia de tarjeta)

## Fuentes de ingresos

Empiece con la información del mes anterior y luego la de los dos meses siguientes hasta completar tres (3) meses. EN CASO DE NO HABER RECIBIDO INGRESOS [CERO (0) INGRESOS] DURANTE UN PERÍODO DE TIEMPO, FAVOR DE EXPLICAR SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA. **Debe adjuntar copias de los documentos que demuestren todos los ingresos que haya recibido.**

### Primera persona

Mes	Año	Fuentes y montos del ingreso bruto (Favor de especificar cada fuente de ingresos y quién los recibió. Adjunte los comprobantes de pagos salariales o la verificación de ingresos).	Total de ingreso bruto en el mes
Ejemplo: Junio	2019	Juan: Compañía ABC \$600; Seguro Social \$650	\$1,250
1			
2			
3			

### Segunda persona

Mes	Año	Fuentes y montos del ingreso bruto (Favor de especificar cada fuente de ingresos y quién los recibió. Adjunte los comprobantes de pagos salariales o la verificación de ingresos).	Total de ingreso bruto en el mes
Ejemplo: Junio	2019	María: Desempleo \$300; Manutención infantil \$250	\$550
1			
2			
3			

Favor de contestar todas las preguntas sobre los recursos que se indican más adelante de todos los miembros de familia independientemente del parentesco. **En caso de que uno de los recursos de la lista no se aplique a su familia, escriba “ninguno” en la casilla que corresponda bajo el título “institución financiera”.**

RECURSO	INSTITUCIÓN FINANCIERA	VALOR ACTUAL
1. Efectivo y/o cuenta(s) corriente(s)		\$
2. Cuenta(s) de ahorros		\$
3. Valor de activos comerciales, propiedades alquiladas o arrendamiento de inmuebles. (Las familias que trabajan por cuenta propia <b><u>tienen que</u></b> proporcionar esta información).		\$
4. Inmuebles o bienes raíces además de la casa en la que vive y el terreno contiguo.		\$

Gastos mensuales				
Vivienda (alquiler o hipoteca)	\$	Aseguranza	\$	
Alimentación	\$	Cuidado médico	\$	
Servicios (luz/teléfono/otro)	\$	Combustible	\$	

Préstamos (otro)	\$	Otros gastos	\$
Transportación (cuota del auto)	\$	<b>TOTAL DE GASTOS MENSUALES</b>	\$

Motivo para solicitar la donación: (Indique el monto que solicita y el uso específico que dará a los fondos. Por ejemplo: Cuenta de luz de Fall River \$300; Cuenta de propano de Fall River \$300; una cuerda de leña \$125).

**Favor de proporcionar los detalles.**

---



---



---



---



---

La información contenida en esta solicitud tiene por objeto obtener fondos de emergencia del programa Helping Hands de la Cooperativa Fall River Electric en nombre del abajo firmante. Cada infrascrito está consciente de que la información proporcionada en el presente documento se utilizará para decidir la financiación mediante subvenciones, y cada infrascrito declara y garantiza que la información proporcionada es veraz y completa, y que Fall River Helping Hands Inc. puede seguir considerando estas declaraciones como veraces y correctas hasta que se presente un aviso de cambio por escrito. Fall River Helping Hands Inc. está autorizada a realizar todas las indagaciones que sean necesarias para verificar la exactitud de las declaraciones hechas en la presente solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/beneficiario

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Firma de la organización recomendante, como LIEAP, Servicios Especiales, agencia del condado o funcionario de la iglesia.**

Organización \_\_\_\_\_

Nro. de teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

Nombre impreso \_\_\_\_\_

Favor de verificar que haya completado toda la información para acelerar el trámite de la solicitud.  
Lista de control de los documentos necesarios:

- \_\_\_\_\_ 1. Solicitud llena. Todos las preguntas han sido contestadas.
- \_\_\_\_\_ 2. Copias de los comprobantes de fondos de ayuda para los gastos de energía recibidos previamente o el registro de la negación. Esto abarca el LIEAP y/o los cupones de alimentos. **Se requiere la firma de la organización recomendante.** El número telefónico de la oficina de ayuda para gastos de energía en Idaho es 208-522-5391 y en Montana es 800-332-2272.
- \_\_\_\_\_ 3. Copias de la(s) tarjeta(s) de Seguro Social.
- \_\_\_\_\_ 4. Copias de los comprobantes de ingresos recibidos en los tres últimos meses.