



Gracias por ponerse en contacto con nosotros. Nuestro objetivo es facilitarle el proceso al máximo. Para poder tramitar su solicitud de ayuda financiera, asegúrese de proporcionar TODOS los documentos necesarios. Una vez que se haya presentado toda la documentación necesaria, un miembro del personal se pondrá en contacto con usted en un plazo de 2 a 3 días laborables. Los plazos de tramitación varían y pueden tardar hasta 10 días laborables. El hecho de no presentar la documentación necesaria puede alargar el proceso.

- Formulario de ayuda financiera lleno por **COMPLETO**
  - Solicitud firmada
  - Divulgación de Información firmada
  - Completar el reporte de presupuesto que incluya los ingresos y gastos mensuales
  
- Identificación expedido por el Gobierno (no vencido)
- Comprobante de ingresos (Más recien, 1 mes)
  - Talones de cheques para todos los adultos que viven en el hogar requiriendo ayuda
  - Seguro social, discapacidad, desempleo, otros ingresos
- Cuentas bancarias de cheques y ahorros (Más recien, 2 meses)

**Por favor de traer los siguientes documentos para el tipo de asistencia que solicita:**

**Vivienda/Alquiler/Ayuda hipotecaria**

- Factura vencida o más reciente
- Contrato de alquiler (si esta rentando)
- Información sobre el arrendador/administrador de la propiedad O información sobre la compañía hipotecaria (nombre, dirección completa, número de teléfono, dirección de correo electrónico)

**Médico/Recetas médicas/Asistencia médica**

- Factura atrasada
- Datos del médico/farmacia/hospital/terapeuta (nombre, dirección completa, número de teléfono, dirección de correo electrónico)

**Asistencia de Utilidades**

- Factura vencida o más reciente
- Formulario de divulgación de información firmado si solicita asistencia de Xcel Energy
- Carta de aprobación o rechazo de la solicitud LEAP

**Otro**

- Documentación de la necesidad económica urgente (por ejemplo: factura vencida, presupuesto, extracto de cuenta, carta, etc.)
- Información pertinente sobre el pagador/proveedor (nombre, dirección completa, número de teléfono, dirección de correo electrónico)



**2025 RIVER CENTER SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA (v010125)**

Los formularios incompletos podrán ser rechazados. Toda la información es confidencial y sólo se utilizará para estudiar su solicitud de ayuda financiera. NO RECIBIRÁ UNA RESPUESTA INMEDIATA A SU SOLICITUD.

Fecha: \_\_\_\_\_ Referido(a) por: \_\_\_\_\_

Información de contacto del remitente (agencia y número de teléfono): \_\_\_\_\_

**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Nombre del Cónyuge/Pareja (Requerido, si le aplica):** \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Origen Étnico\*:**  Latino  Blanco  Otro \_\_\_\_\_ **Idioma principal:**  Inglés  Español  Otro

\*Solo para fines de presentación de subvenciones. No afecta la decisión sobre la asistencia.

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ ¿Tiene casa propia o renta?  Casa propia  Rento  
 Silt  New Castle  Apple Tree  Otro (Encantados de ayudar con las referencias que sirven a su área geográfica.)

¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta residencia?  Menos de un año  Más de un año

¿Tiene un compañero de cuarto?  Si  No Si respondió que sí, ¿cuánto paga de renta su compañero al mes? \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ # de teléfono en casa/celular \_\_\_\_\_ # de teléfono del cónyuge/pareja \_\_\_\_\_

**Familiares adultos** adicionales que viven con usted:

Primer nombre y apellido \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Primer nombre y apellido \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Número de **niños** viviendo con usted: \_\_\_\_\_ Edades de los **niños** viviendo con usted: \_\_\_\_\_

**Situación Laboral (Solicitante):**

Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Retirado  Desempleado(a)  Discapacitado(a)

Empleador: \_\_\_\_\_

Horas semanales: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo ha estado empleado(a) en este lugar? \_\_\_\_\_

¿Cuándo anticipa regresar a trabajar? \_\_\_\_\_

¿Si está desempleado, está actualmente buscando trabajo?

Si- He solicitado empleo en los siguientes lugares: \_\_\_\_\_

No- No puedo solicitar/buscar otro trabajo debido a: \_\_\_\_\_

¿Le ha pedido a su empleador un adelanto o horas extras?  Si  No

**Situación Laboral (Cónyuge/Pareja):**

Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Retirado  Desempleado(a)  Discapacitado(a)

Empleador: \_\_\_\_\_

Horas semanales: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo ha estado empleado(a) en este lugar? \_\_\_\_\_

¿Cuándo anticipa regresar a trabajar? \_\_\_\_\_

¿Si está desempleado, está actualmente buscando trabajo?

Si- He solicitado empleo en los siguientes lugares: \_\_\_\_\_

No- No puedo solicitar/buscar otro trabajo debido a: \_\_\_\_\_

¿Le ha pedido a su empleador un adelanto o horas extras?  Si  No

**¿Qué tipo de asistencia está solicitando?**

Renta/Hipoteca  Utilidades  Facturas Médicas  Reparación de auto  Comida  Otro

Si es otro, describa la asistencia necesaria: \_\_\_\_\_

**¿Está usted recibiendo ayuda para el alquiler a través de un programa de subsidio de alquiler como Garfield County Housing Authority?**  Si  No

**¿Qué causó la situación de emergencia?** Por favor indique las soluciones posibles de su parte para atender esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuánto puede aportar **USTED** para cubrir esta necesidad? \_\_\_\_\_

¿Tiene familia que podría ayudar con esta situación, o una porción?  Si- ¿cuánto contribuirán? \_\_\_\_\_  No

¿Cómo cubre actualmente sus gastos mensuales? \_\_\_\_\_

¿Cuándo cree que estará fuera de esta situación actual? \_\_\_\_\_

**Programas en los que está inscrito y/u organizaciones de las que ha recibido ayuda en el último año natural.**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caridades Católicas | <input type="checkbox"/> Medicaid/CHP+ | <input type="checkbox"/> SNAP (estampillas) | <input type="checkbox"/> Feed My Sheep |
| <input type="checkbox"/> Salvation Army      | <input type="checkbox"/> Medicare      | <input type="checkbox"/> TANF               | <input type="checkbox"/> Lift Up       |
| <input type="checkbox"/> Reach Out Colorado  | <input type="checkbox"/> LEAP          | <input type="checkbox"/> WIC                | <input type="checkbox"/> Iglesia       |
| <input type="checkbox"/> Valley Settlement   | <input type="checkbox"/> SSI/OAP       | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/> Escuela       |

Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

**Cantidad recibida del/de los programa(s)/organización(es) indicados arriba:** \_\_\_\_\_

Si actualmente no está en ninguno de los programas anteriores, ¿ha solicitado algún otro programa?  Si  No

¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

**¿Qué otros recursos cree que podrían beneficiarse?**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Presupuesto/Asesoramiento financiero | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños   | <input type="checkbox"/> Conexión con la iglesia   | <input type="checkbox"/> Educational resources       |
| <input type="checkbox"/> Asistencia alimentaria               | <input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo | <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental | <input type="checkbox"/> Oportunidades de voluntario |

**Lea, firme y fecha:**

El solicitante puede solicitar una copia de esta solicitud. Al firmar a continuación, reconozco que he llenado esta solicitud con veracidad y según mi leal saber y entender. Entiendo que al completar esta solicitud no se me garantiza asistencia.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Solicitante** **Firma** **Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Cónyuge/Pareja** **Firma** **Fecha**

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Para obtener asistencia con la renta, **DEBEMOS** tener permiso para hablar con el propietario o el administrador de la propiedad **Y** recibir una copia de su contrato de renta actual. Si se aprueba su asistencia, el River Center solicitará un formulario W9 para que el propietario lo firme.

Entiendo que River Center se comunicará con mi propietario/administrador de la propiedad y les dará permiso para hablar sobre mi solicitud e historial de alquiler.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Firma del segundo solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del segundo solicitante**

Proprietario/Administrador de la propiedad: \_\_\_\_\_

# de contacto del Propietario/Administrador \_\_\_\_\_

**Entiendo que River Center puede estar trabajando con varias agencias que buscan asistencia en mi nombre. Acepto y doy mi permiso para que River Center comparta información con las siguientes agencias fuera del sistema de la Red de Recursos Comunitarios. Acepto proporcionar una copia de los estados de cuenta actuales para los que solicitó asistencia. Por favor inicie.**

\_\_\_\_\_ Apple Tree Park      \_\_\_\_\_ Catholic Charities      \_\_\_\_\_ Salvation Army      \_\_\_\_\_ Reach Out Colorado  
\_\_\_\_\_ Feed My Sheep      \_\_\_\_\_ Town of New Castle      \_\_\_\_\_ Town of Silt      \_\_\_\_\_ Valley Settlement

\_\_\_\_\_ Utilidades (Nombre de Compañía): \_\_\_\_\_

**Para la autorización de XCEL, por favor llene la forma de XCEL.**

\_\_\_\_\_ Iglesia (Nombre de la iglesia y contacto): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Centro de Recursos Familiares (Roaring Fork, RE-2, District 16)

\_\_\_\_\_ Consejero (Nombre): \_\_\_\_\_ # de contacto \_\_\_\_\_

- School of attendance: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN--POR FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR

Entiendo que toda la información compartida será manejada con la máxima confidencialidad. Al considerar su solicitud, River Center se basa en la información que le he dado al personal de River Center. Es importante que la información sea precisa y completa. Al firmar esta solicitud, declaro y garantizo la exactitud de la información y doy al River Center autorización y autoridad, designada por mí, para analizar la información con las partes mencionadas anteriormente.

Si quiero detener la autorización, entiendo que puedo hacerlo presentando mi solicitud por escrito al River Center.

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante primario**

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante secundario**

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## REPORTE DE PRESUPUESTO

*Informe todos los ingresos de todos los asalariados que mantienen el hogar.*

INGRESO MENSUAL	CANTIDAD
Ingreso Mensual del Solicitante	
Ingreso Mensual del Cónyuge/Pareja	
Ingreso Adicional (Circule todo lo que aplique): Manutención de los niños, Manutención de pareja, SNAP, HUD, Discapacidad, Desempleo, TANF, WIC, etc.	
<b>TOTAL DE INGRESOS:</b>	

GASTOS MENSUALES	CANTIDAD	CANTIDAD	
Hipoteca/Renta		Pagos de auto	
Seguro de hogar/Renta		Seguro de auto	
Gas/Electricidad		Gasolina	
Agua/Séptico/Basura		Tarjetas de crédito (pago mensual)	
Televisión		Préstamos (pago mensual)	
Teléfono (casa o celular)		Seguro Médico	
Internet		Facturas médicas/Medicamentos	
Mandado		Manutención de niños/pareja	
<b>GASTOS MENSUALES TOTALES:</b>			

Total de ingresos mensuales	
Menos gastos mensuales	
=	