

**AID GWINNETT**  
**FONDO DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA (EMERGENCY ASSISTANCE FUND, EAF)**  
**SOLICITUD E INSTRUCCIONES**

Esta es una solicitud para el Fondo de asistencia de emergencia de AID-Gwinnett, el cual está disponible para todos los pacientes que reciben tratamiento en la Ric Crawford Clinic. El EAF de AID Gwinnett es posible con fondos de un subsidio del programa de HUD de Oportunidades de vivienda para personas con Sida (Housing Opportunities for Persons with AIDS, HOPWA); el programa de Alquiler, hipoteca y asistencia de utilidades a corto plazo (Short-Term Rent, Mortgage and Utility Assistance, STRMU); generosos donativos y contribuciones restringidas

Complete la siguiente solicitud si necesita asistencia para el pago tardío del alquiler, la hipoteca o las utilidades. Note que tiene que probar que la factura está vencida (es decir, un desalojo pendiente, un aviso de atraso, un aviso de desconexión, etc.) Debe ser capaz de explicar qué le ha sucedido que lo ha incapacitado para pagar la factura de este mes, y qué hará diferente para poder pagar la factura el próximo mes. Si no puede hacer estas cosas, este no es el programa apropiado para sus necesidades. Contacte su Gerente del caso o la Línea de recurso (678-990-6413) si necesita información u otros recursos en su área.

Envíe la siguiente información junto con su aplicación. Puede usar esta página como una lista de cotejo para asegurarse que envía una solicitud debidamente completada. Las solicitudes incompletas no serán aceptadas.

Si solicita ayuda para **atraso en el alquiler**, envíe:

- Nota de desalojo O Carta del arrendador/ compañía administradora señalando que la renta está vencida  
**Y**
- Una copia completa de su contrato/acuerdo de alquiler conteniendo su firma y la de su arrendador

Si solicita ayuda para **las utilidades**, envíe:

- El aviso de atraso o desconexión (puede estar incluido en su factura más reciente)  
**Y**
- La copia más reciente de la factura que muestra la cantidad adeudada y la fecha de vencimiento

Envíe, **para todas las solicitudes**:

- Prueba del ingreso mensual actual de su unidad familiar (ejemplos: 1 mes de comprobantes de pago; carta de otorgamiento del seguro social, documentos de pensión alimenticia para menores; declaración de desempleo). Si está legalmente casado/a, debe enviar prueba del ingreso de su cónyuge. Si sus hijos viven con usted y reciben ingresos (empleo, seguro social, etc.), debe enviar también prueba de ese ingreso.
- Cualquier documento que compruebe pérdida de ingreso o demuestre dificultad económica ( si no tiene tales documentos su aplicación puede ser aceptada aun).

Si necesita ayuda completando esta solicitud, contacte a su Gerente del caso. Si usted es un administrador independiente, contacte la Línea de recursos al 678-990-6413.

**TODAS LAS SOLICITUDES DEBEN ENVIARSE NO MÁS TARDAR DEL LUNES A MEDIODÍA**  
~Le animamos firmemente a que envíe sus solicitudes antes de la fecha límite para asegurarse que tenga tiempo suficiente para reunir información adicional si fuera necesario~

*La aceptación de esta solicitud no garantiza la aprobación de asistencia*

**AID GWINNETT**  
**FONDO DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA**  
**(EMERGENCY ASSISTANCE FUND, EAF)**  
**SOLICITUD Y EVALUACIÓN**

MRN \_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Número de seguro social (SSN) \_\_\_\_\_

**ESTOY SOLICITANDO AYUDA PARA PAGAR MI ATRASO EN:**

- Alquiler:** Cantidad vencida \$ \_\_\_\_\_
- Hipoteca:** Cantidad vencida \$ \_\_\_\_\_
- Utilidades:** Cantidad vencida \$ \_\_\_\_\_ (use una solicitud separada para cada factura de utilidad)

**LA FACTURA VENCÍA EN::** \_\_\_\_\_

**DESCONEXIÓN O DESALOJO ESTÁN PROGRAMADOS PARA:** \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA**

- vivienda transitoria (programa de vivienda por tiempo limitado a través de una agencia)
- vivienda propiedad del participante (usted es dueño de su casa)
- vivienda de alquiler (usted vive alquilado en su casa/apartamento)
- vivienda permanente para previos desamparados (SHP/S+C/SRO MR etc.) (programa de vivienda a través de una agencia)
- hotel/motel sin asistencia de pago (usted se está quedando en un hotel/motel y está pagando semanalmente)
- viviendo con familiares/amigos (usted vive con alguien más pero su nombre no está en el contrato de arrendamiento)
- otros: \_\_\_\_\_

|   | SÍ | NO | N/A |
|---|----|----|-----|
| ¿Está trabajando con otra agencia o desarrollando un plan para su vivienda? (ejemplos: Traveler's Aid; Living Room; Viewpoint Health)   |    |    |     |
| ¿Alguna organización paga parte de su alquiler: Sección 8 (Section 8), Vivienda pública (Public Housing), etc.?<br><i>(Si la respuesta es sí, DETENGA solicitud de STRMU- el solicitante no califica)</i>     |    |    |     |
| ¿Ha tenido contacto con un proveedor primario de cuidado de salud o proveedor de cuidado VIH al menos una vez en los últimos tres meses (o consistente con el programa especificado por su proveedor médico)? |    |    |     |

**\*CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR / FAMILIA:**

(Haga una lista que incluya al Jefe de la unidad familiar [Head of Household, HoH] y todos los otros miembros que viven en dicha unidad. Indique la relación de cada miembro con el HoH)

| Nombre del miembro | M/F/TG | Edad | Estado VIH | Raza | ¿Hispano? | Relación con el HoH |
|--------------------|--------|------|------------|------|-----------|---------------------|
|                    |        |      |            |      |           |                     |
|                    |        |      |            |      |           |                     |
|                    |        |      |            |      |           |                     |

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Use el dorso de la página para añadir miembros familiares adicionales

**HOJA DE TRABAJO DEL PRESUPUESTO**  
 Complete la siguiente información basada en los últimos 30 días

**INGRESO MENSUAL PROMEDIO**

(¿De qué fuentes provino el dinero que recibió la unidad familiar en el último mes?)

| Fuentes de Ingreso   | Nombre del miembro de la unidad familiar | Cantidad por mes |
|--|--|------------------|
| Empleo TP (tiempo parcial)/TC (tiempo completo)  |  | \$               |
| Empleo TP/TC   |  | \$               |
| Empleo TP/TC   |  | \$               |
| Cupones para alimentos, Programa suplementario de asistencia nutricional (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) |  | \$               |
| Asistencia temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)                              |  | \$               |
| Beneficios para Veteranos (VA)   |  | \$               |
| SSI/SSDI   |  | \$               |
| SSI/SSDI   |  | \$               |
| Desempleo  |  | \$               |
| Desempleo  |  | \$               |
| Remuneración por cuidado de crianza temporal   |  | \$               |
| Miembro de familia incapacitado  |  | \$               |
| Ayuda financiera   |  | \$               |
| Manutención de menores   |  | \$               |
| Beneficios para Militares  |  | \$               |
| Pensión  |  | \$               |
| Ingreso del negocio  |  | \$               |
| Apoyo de familiares/amigos   |  | \$               |
| Otros ingresos   |  | \$               |
| Otros ingresos   |  | \$               |
| Otros ingresos   |  | \$               |
|  | <b>INGRESO MENSUAL TOTAL</b>             | \$               |

**PROMEDIO DE GASTOS MENSUALES**

(¿En qué gastó su dinero el mes pasado?)

|                   |    |           |    |
|-------------------|----|-----------|----|
| Alquiler/hipoteca | \$ | Cable/DTV | \$ |
|-------------------|----|-----------|----|

|                             |                       |                           |    |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|----|
| Gas                         | \$                    | Servicio de Internet      | \$ |
| Electricidad                | \$                    | Seguro médico             | \$ |
| Agua                        | \$                    | Medicamentos              | \$ |
| Basura                      | \$                    | Transporte                | \$ |
| Teléfono de la casa         | \$                    | Pago del automóvil        | \$ |
| Teléfono celular            | \$                    | Seguro del automóvil      | \$ |
| Pago de muebles             | \$                    | Alimentos                 | \$ |
| Pagos de tarjeta de crédito | \$                    | Suministros para el hogar | \$ |
| Cuidado de menores          | \$                    | Manutención de menores    | \$ |
| Familiares/amigos           | \$                    | Pensión alimenticia       | \$ |
| Otros                       | \$                    | Otros                     | \$ |
|                             |                       |                           |    |
|                             | <b>GASTOS TOTALES</b> | \$                        |    |

**DECLARACIÓN DE NECESIDAD** (Describa las circunstancias que lo han llevado a buscar asistencia de emergencia de AID Gwinnett)

---



---

**Haga una lista de cualquier gasto inesperado/extraordinario que haya ocurrido dentro de los últimos 30 días o que espera que ocurra dentro de los próximos 30 días** (Ejemplos: factura médica inesperada; reparación de automóvil; reparaciones a su hogar, etc.)

---



---

**Planifique Aumentar sus Ingresos y Reducir sus Gastos** (¿Cómo se asegurará que tendrá suficientes ingresos para cubrir sus gastos el mes próximo?)

| Acción | Fecha fijada |
|--------|--------------|
|        |              |
|        |              |
|        |              |
|        |              |
|        |              |

**CONSENTIMIENTO DEL SOLICITANTE**

Por la presente verifico que toda la información provista como parte de esta solicitud es una declaración veraz, exacta y actual de mi estado financiero. Entiendo que si mi solicitud es denegada tengo la opción de presentar una querrela. El Procedimiento de querrela de AGI está publicado en el vestíbulo de AGI. Entiendo que los Gerentes del caso verificarán la información provista. Entiendo que si se me aprueba la asistencia financiera de AID Gwinnett, se espera que asista a un taller de Salud financiera dentro de los 12 meses a partir de la fecha de la asistencia.

Los fondos para este programa provienen de la ciudad de Atlanta a través de un acuerdo contractual. El contrato, en acuerdo con los reglamentos federales, asegura que a ninguna persona se le negará o se le excluirá de programas financiados por la Ciudad en base a su raza, color, credo, religión, edad, desventaja, incapacidad, orientación sexual, identidad de género, estado civil, ascendencia, origen nacional, o cualquier otra base prohibida por la ley que aplique.

**Nota: Toda la información debe estar completa y exacta para ser considerada. Este no es un programa de derecho a subsidio. Esta solicitud no garantiza asistencia financiera de ninguna clase.**

**Solicitante** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Testigo** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

-----  
**PARA GERENTES DE CASOS MÉDICOS SOLAMENTE**

Recomiendo/no recomiendo (circule uno) a este solicitante para STRMU basado en las siguientes razones:

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

*\*Previo a enviar esta solicitud, el solicitante debe contactar al proveedor para dar su permiso para divulgar información sobre la cuenta a un representante de AID Gwinnett\**

Representante del proveedor contactado: \_\_\_\_\_ Balance adeudado confirmado:

\$ \_\_\_\_\_

**Gerente del caso médico** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**PARA LA ADMINISTRACIÓN  
SOLAMENTE**

MRN

- Solicitud completada y firmada
- Para peticiones de alquiler: Copia de aviso de desalojo o pago atrasado
- Para peticiones de alquiler: Copia del contrato de alquiler
- Para peticiones de utilidades: Copia de avisos de vencimiento o desconexión
- Prueba de VIH
- Prueba de ingreso de unidad familiar
- Documentación que verifique gastos extraordinarios y/o pérdida de ingresos
- Formulario HOPWA-2
- Dos copias de la factura a pagar

Petición por \$ \_\_\_\_\_

Revisada por:  
Gerente de vivienda \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Director de servicios al cliente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre en la cuenta: \_\_\_\_\_

Cantidad aprobada: \$ \_\_\_\_\_

**APROBADO** Fecha: \_\_\_\_\_

FUENTE: HOPWA    Essie Rowser    Waterfall    Otra: \_\_\_\_\_

Notas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**REENVIAR** Fecha: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Documentación faltante  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otros  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sello de aprobación

**DENEGADO** Fecha: \_\_\_\_\_

Razón para denegación

---

Sello estampado