

CIUDAD DE FORT BRAGG

Programa de Subvenciones en Bloque para el Desarrollo Comunitario (CDBG) Programa de Asistencia para Facturas de Servicios Públicos - Formulario de Solicitud y Verificación

Hasta \$800.00 en total está disponible para familias que califiquen para pagos de subsistencia de emergencia. Para solicitar asistencia, debe cumplir con los requisitos del programa, enviar la documentación requerida y certificar este formulario. Los fondos están disponibles de forma limitada. Enviar esta solicitud no es una garantía de asistencia. Para su privacidad, la información recopilada permanecerá confidencial, se utilizará solo para cumplir con los requisitos de mantenimiento de registros federales y estatales, y se retendrá según corresponda de la divulgación. Si se aprueba, los pagos se realizarán directamente al proveedor de servicios en su nombre.

Puede solicitar una copia de las [Pautas del Programa en el Ayuntamiento](#) o en la [página web de asistencia con las facturas de servicios públicos de la ciudad](#). Debe revisar estas pautas antes de presentar su solicitud.

Por favor, imprima de forma legible:

Información del solicitante	
Nombre	
Dirección residencial	
Correo electrónico	
Teléfono	

Estado de emergencia		
¿Ha recibido usted un aviso de pago atrasado, una notificación de desalojo u otra prueba de que la pérdida de su vivienda o de servicios públicos esenciales está en riesgo y necesita un pago de emergencia?	Sí	No
En caso afirmativo, enumere la emergencia:		
El período de elegibilidad se limita a un máximo de tres meses consecutivos, y la asistencia total se limita a \$800.		
Adjunte un comprobante de emergencia con su solicitud. Esto es necesario para la aprobación de la asistencia.		

Actualizado: 1 de junio de 2026

Información de servicios públicos
<i>Instrucciones:</i> Ingrese la información en los cuadros de información de servicios públicos correspondientes a continuación y en la página siguiente. Complete toda la información solicitada para cada servicio público con el que solicita asistencia Y proporcione una copia de su factura más reciente para ese servicio público, incluido el cupón de pago para el pago por correo. Deje en blanco cualquier servicio público con el que no esté solicitando ayuda.

Pago de servicios públicos de agua / alcantarillado solicitado	
Proveedor de servicios públicos	
Nombre del titular de la cuenta	
Número de cuenta	
Dirección de la cuenta	
Mes(es) a cubrir	
Importe	\$

Pago de servicios eléctricos solicitado	
Proveedor de servicios públicos	
Nombre del titular de la cuenta	
Número de cuenta	
Dirección de la cuenta	
Mes(es) a cubrir	
Importe	\$

Propano / Gas Natural / Gasóleo de calefacción Pago solicitado	
Proveedor de servicios públicos	
Nombre del titular de la cuenta	
Número de cuenta	
Dirección de la cuenta	
Mes(es) a cubrir	
Importe	\$

Pago de servicios públicos de recolección de residuos solicitado	
Proveedor de servicios públicos	
Nombre del titular de la cuenta	
Número de cuenta	
Dirección de la cuenta	
Mes(es) a cubrir	
Importe	\$

Total de pagos de servicios públicos solicitados	
<i>Instrucciones:</i> Sume los montos solicitados para todos los servicios públicos para encontrar el monto total solicitado. Ingrese el monto total en el cuadro a continuación:	
Cantidad total de solicitudes de servicios públicos	\$

Duplicación de beneficios	Sí	No
DUPLICACIÓN DE BENEFICIOS: ¿Ha recibido, o sabe que es elegible para recibir de otra fuente, alguna asistencia financiera para los costos enumerados anteriormente?	☐	☐
En caso afirmativo, indique en las páginas 6 y 7 de esta solicitud y adjunte documentación de asistencia.		

Preguntas sobre la calificación de ingresos del hogar LMI							
El ingreso familiar anual total es el ingreso bruto (antes de las deducciones) de todas las fuentes de ingresos (salarios, manutención de los hijos, SSI, desempleo, pensión, ingresos de activos, etc.), de todos los miembros adultos de la familia que viven en el hogar. Consulte el programa si no está seguro.							
Ingresos totales del hogar anticipados durante los próximos 12 meses							
Nombre	Edad	Verifique si corresponde			Ingreso bruto anual (antes de impuestos)	Fuente de ingresos	
Haz una lista <u>de todos los</u> miembros del hogar, incluyéndote a ti mismo. Adjunte una página con una lista de miembros adicionales si es necesario.		Jefe de la casa	Co-Jefe de la Casa	Estudiante de tiempo completo de 18 años o más			
					\$		
					\$		
					\$		
					\$		
					\$		
					\$		
Ingreso familiar anual total anticipado:					\$		
MARQUE con CÍRCULO el número de miembros del hogar, incluyéndolo a usted:							
1	2	3	4	5	6	7	8+
\$55,900	\$63,900	\$71,900	\$79,850	\$86,250	\$92,650	\$99,050	\$105,450
¿El ingreso total anticipado de su hogar es MENOR o MAYOR que la cantidad de dólares que figura directamente debajo del número de personas encerradas en un círculo anterior? Si es BAJO, adjunte comprobante de ingresos familiares anuales (como la última declaración de impuestos, impuestos trimestrales, talones de pago o estados de cuenta bancarios).						BAJAR	SUPERIOR
						☐	☐
Origen étnico		(seleccione)		☐ No hispano		☐ Hispánico	

uno)					
Raza (seleccione la casilla que más se acerque a su identidad racial)					
Blanco	☐	Asiático	☐		
Negro o afroamericano	☐	Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico	☐		
Indio americano o nativo de Alaska	☐	Indio americano/nativo de Alaska y blanco	☐		
Asiático y blanco	☐	Negro/afroamericano y blanco	☐		
Indio americano/nativo de Alaska y negro/afroamericano	☐	Otros o multirraciales	☐		
¿Eres un veterano?	SÍ ☐	NO ☐	¿Eres discapacitado?	SÍ ☐	NO ☐

Declaración jurada de duplicación de beneficios ("Declaración jurada")

Yo/Nosotros, _____ afirman lo siguiente:

1. Yo/estamos ejecutando esta Declaración Jurada en relación con la asistencia que estamos recibiendo para ayudarnos con la asistencia financiera de emergencia en forma de pagos de subsistencia de servicios públicos ("**Necesidad**") en la cantidad de _____ ("**Cantidad de asistencia o necesidad total**") de la ciudad de Fort Bragg ("**Organización**") a través de un programa administrado por la Ciudad de Fort Bragg con fondos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. (el "Programa").
2. La Organización y yo/Nosotros creemos que la **Cantidad de asistencia/Necesidad total** es _____
3. Además, he recibido o recibiremos las siguientes cantidades y tipos de asistencia de las fuentes que se enumeran a continuación ("Asistencia duplicada"):

(a) Fuente de fondos #1

Nombre del prestamista/proveedor de subvenciones	
Propósito	
Importe	
☐ Préstamo del gobierno ☐ Subvención del gobierno ☐ Préstamo condonable del gobierno ☐ Subvención sin fines de lucro ☐ Préstamo sin fines de lucro ☐ Préstamo condonable sin fines de lucro ☐ Préstamo privado ☐ Otro: _____	

(b) Fuente de fondos #2

Nombre del prestamista/proveedor de subvenciones	
Propósito	
Importe	
☐ Préstamo del gobierno ☐ Subvención del gobierno ☐ Préstamo condonable del gobierno ☐ Subvención sin fines de lucro ☐ Préstamo sin fines de lucro ☐ Préstamo condonable sin fines de lucro ☐ Préstamo privado ☐ Otro: _____	

Declaración jurada de duplicación de beneficios ("Declaración jurada")

(c) Fuente de fondos #3

Nombre del prestamista/proveedor de subvenciones	
Propósito	
Importe	
☐ Préstamo del gobierno ☐ Subvención del gobierno ☐ Préstamo condonable del gobierno ☐ Subvención sin fines de lucro ☐ Préstamo sin fines de lucro ☐ Préstamo condonable sin fines de lucro ☐ Préstamo privado ☐ Otro: _____	

(d) Fuente de fondos #4

Nombre del prestamista/proveedor de subvenciones	
Propósito	
Importe	
☐ Préstamo del gobierno ☐ Subvención del gobierno ☐ Préstamo condonable del gobierno ☐ Subvención sin fines de lucro ☐ Préstamo sin fines de lucro ☐ Préstamo condonable sin fines de lucro ☐ Préstamo privado ☐ Otro: _____	

(e) Fuente de fondos #5

Nombre del prestamista/proveedor de subvenciones	
Propósito	
Importe	
☐ Préstamo del gobierno ☐ Subvención del gobierno ☐ Préstamo condonable del gobierno ☐ Subvención sin fines de lucro ☐ Préstamo sin fines de lucro ☐ Préstamo condonable sin fines de lucro ☐ Préstamo privado ☐ Otro: _____	

4. Necesidad total insatisfecha (2- (3(a) + 3(b) + 3(c) + 3(d) + 3(e))) \$_____.

5. No he recibido ni hemos recibido otros fondos de asistencia para la Necesidad enumerada en el párrafo 1 que no sean los establecidos anteriormente en el párrafo 3.

Declaración jurada de duplicación de beneficios ("Declaración jurada")

6. Entiendo que la cantidad de asistencia recibida por I/We de la Ciudad de Fort Bragg debe reducirse por la cantidad de Asistencia Duplicada recibida o que se recibirá por la Necesidad, de otras fuentes (como FEMA, SBA, la Cruz Roja, el seguro de propietario de vivienda de la Ciudad, etc.) para el mismo propósito.
7. Por lo tanto, entiendo que si recibo asistencia de una fuente que no sea la Ciudad de Fort Bragg (como FEMA, SBA, la Cruz Roja, la Ciudad, el seguro del propietario de vivienda, etc.) para la Necesidad con el mismo propósito, debo reembolsar la asistencia recibida de la Ciudad de Fort Bragg.
8. Certifico/certificamos bajo sanciones estatales y federales por perjurio y fraude que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa y reconocemos que se puede requerir el reembolso de toda la asistencia recibida por Mí/Nosotros de la Ciudad de Fort Bragg, el pago de multas y/o el encarcelamiento en caso de que yo/Nosotros proporcionemos/proporcionemos información falsa, incompleta o engañosa en esta Declaración Jurada o durante el resto de este proceso. **Al ejecutar esta Declaración Jurada, los Solicitantes reconocen y entienden que el Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1001: (1) establece que es una violación de la ley federal que una persona a sabiendas y deliberadamente (a) falsifique, oculte o encubra un hecho material; (b) hacer cualquier declaración o representación materialmente falsa, ficticia o fraudulenta; O (c) hacer o usar cualquier escrito o documento falso a sabiendas de que contiene una declaración o representación materialmente falsa, ficticia o fraudulenta, a cualquier rama del Gobierno de los Estados Unidos; y (2) requiere una multa, prisión por no más de cinco (5) años, o ambas, que puede ser declarada un delito grave, por cualquier violación de dicha Sección.**
9. He revisado y comprendo las Pautas del Programa, y confirmo que mi hogar cumple con los requisitos de elegibilidad del programa.

Participante _____

Firma de Participant _____ Date _____