Solicitud de Acción Comunitaria 2025 para todos los programas
Alimentación, electricidad, servicios públicos, hipoteca, alquiler, cuidado después de la jornada escolar, campamento de verano y capacitación laboral

Los fondos de Acción Comunitaria son para familias de bajos ingresos que necesitan ayuda con los gastos relacionados con los alimentos, la electricidad, los servicios públicos, la hipoteca y el alquiler. Este programa se basa en el ingreso bruto de su vivienda (es decir, los ingresos antes de impuestos). Puede encontrar los límites de elegibilidad de ingresos al reverso de esta página. **La capacidad del Programa de Acción Comunitaria de Goochland (Goochland Community Action Program, GCAP) para brindar asistencia se basa en los fondos disponibles.** Una vez que se hayan utilizado todos los fondos, es posible que finalice la asistencia del programa. Para que su solicitud sea procesada, debe facilitar la siguiente información:

- Proporcione el nombre de <u>todos</u> los miembros que viven en el hogar.
- Proporcione verificación de todas las fuentes de ingresos de todos los miembros del hogar (los últimos 30 días de ingresos: talones de pago, cartas de adjudicación del Seguro Social, manutención de los hijos, pensión alimenticia, estado de cuenta bancario, etc.)
- Si solicita asistencia con electricidad, proporcione una copia de la factura completa. Si solicita asistencia para propano, queroseno, aceite, etc., debe proporcionar el nombre de su proveedor y el número de cuenta.
- Si solicita ayuda para el alquiler o la hipoteca, proporcione una copia del estado de cuenta de la hipoteca, el contrato de arrendamiento o del alquiler.
- Si solicita asistencia para un campamento de verano o cuidado después de la jornada escolar, adjunte los formularios del Departamento de Parques y Recreación de Goochland (Goochland Parks and Recreation) en los que se indiquen los campamentos seleccionados y/o las horas de cuidado después de la jornada escolar.

¿No cuenta con una computadora? ¡No hay problema! Puede pasar a la oficina de Servicios Sociales de Goochland. Disponemos de una computadora en la sala de espera que podrá utilizar para obtener la documentación que necesite.

<u>Facturas de electricidad</u>

- Menores de 60 años: se requiere un aviso de suspensión de servicio.
- Personas de 60 años o más: no se requiere un aviso de suspensión de servicio.
- **Nueva observación: todos los solicitantes deben pagar el 10 % de su factura total de electricidad antes de recibir la asistencia de los fondos de Acción Comunitaria.** No pagamos depósitos de seguridad ni saldos de cuentas anteriores fuera del condado de Goochland.

<u>Aceite/propano/queroseno/fuentes de calefacción</u>

- El pago cubrirá el costo de la asistencia para aceite o propano.

El monto máximo anual pagado por hogar para servicios públicos (electricidad, aceite, propano, etc.) es de $600 de los fondos de Acción Comunitaria.

Hipoteca:

- Los fondos no cubren los honorarios legales ni los cargos por pagos tardíos.
- Se necesita una copia del estado de cuenta de la hipoteca para verificar el monto de la hipoteca.
- Se debe presentar un formulario W-9 emitido por la compañía hipotecaria antes de que se realice un pago con fondos de Acción Comunitaria.

Alquiler:

- Se requiere verificación del acuerdo de alquiler y un formulario W-9 del propietario antes de que se realice un pago de fondos de Acción Comunitaria.
- Los fondos no cubren depósitos de seguridad, cargos por pagos tardíos o el costo de alquilar una habitación.
- La asistencia para el alquiler se paga en función del valor justo de mercado para alquileres, el cual se basa el número de habitaciones de la vivienda. El sistema de información geográfica (Geographic Information System, GIS) de Goochland verifica esta información.

Cuidado después de la jornada escolar y campamento de verano:

- Si solicita cuidado después de la jornada escolar, en el hogar debe haber un padre, madre o tutor que trabaje.

Capacitación laboral:

- Por lo general, el monto máximo del programa es de $5,000 por persona. Los pagos se realizan directamente a una escuela que cuente con la debida autorización y acreditación.

Los pagos se realizan directamente al proveedor de servicios o al vendedor. Los miembros del personal de Acción Comunitaria de Goochland son las únicas personas que tienen permitido autorizar los pagos hechos por el programa. Evaluaremos su solicitud para TODOS los programas o fondos de Acción Comunitaria.

Lista de verificación de la solicitud

√	Documentos necesarios
	Una solicitud completa y firmada, que incluya la información de todos los miembros del hogar.
	Verificación de ingresos de todas las personas que viven en el hogar (incluidos los talones de pago, la manutención de los hijos, la pensión alimenticia, los estados de cuenta bancarios, etc.)
	Se deben adjuntar documentos de respaldo (como una factura de servicios públicos, el acuerdo de alquiler, un estado de cuenta de la hipoteca, los formularios del Departamento de Parques y Recreación de Goochland para cuidado después de la jornada escolar y/o campamento de verano).

Criterios de elegibilidad

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) federal determina los criterios de elegibilidad cada año.

Pautas de elegibilidad de ingresos para 2025	Ingresos brutos (200 %)
Unidad familiar de 1 persona	$31,300
2	$42,300
3	$53,300
4	$64,300
5	$75,300
6	$86,300
7	$97,300
8	$108,300

Paso 1: Datos demográficos del hogar

Con letra de molde clara, complete una sección demográfica para usted y cada miembro de su hogar. Las opciones de estado civil son divorciado, casado, soltero, separado o viudo.

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección física: _____

Dirección postal (si es diferente de la física): _____

Número de contacto: _____

Correo electrónico: _____

¿Le gustaría unirse a nuestra lista de correo electrónico para recibir actualizaciones de programas y eventos? ☐ Sí ☐ No

En caso de que solicite asistencia para capacitación laboral, indique el tipo de capacitación que le gustaría adquirir y el nombre de la escuela a la que planea asistir:

_____

_____

Coloque una marca de verificación junto al tipo de asistencia que solicita:

✓	Tipo de asistencia	Vendedor/arrendador	Número de cuenta/dirección del arrendador
	Tarjeta de regalo para alimentos	Walmart	N/C
	Electricidad		
	Propano, queroseno o aceite		
	Alquiler		
	Hipoteca		
	Capacitación laboral		
	Cuidado después de la jornada escolar		N/C
	Campamento de verano		N/C

Usted	
Nombre completo (nombre y apellido)	¿Tiene seguro médico? **SÍ** o **NO** Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué tipo? (Encierre la respuesta en un círculo) **Medicaid, Medicare, proporcionado en el empleo, otro:_____**
Fecha de nacimiento:	Situación laboral (encierre la respuesta en un círculo): **empleado o desempleado** **medio tiempo, tiempo completo, otro: _____**
N.º de Seguro Social	¿Es esta persona legalmente discapacitada? (Encierre la respuesta en un círculo) **Sí o no**
Estado civil:	Estado militar (encierre la respuesta en un círculo): **veterano, militar activo o no corresponde.**
Relación con el solicitante: usted mismo	Género (encierre la respuesta en un círculo): **masculino o femenino**
Escolaridad:	Estado de vivienda (encierre la respuesta en un círculo): **Propia, alquiler, sin vivienda, otro:_____**
Raza:	Origen étnico (encierre la respuesta en un círculo): **hispano, no hispano**
¿Su familia recibe actualmente ayuda del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? (Encierre la respuesta en un círculo) **Sí, no, caso pendiente**	

Persona 2	
Nombre completo (nombre y apellido)	¿Tiene seguro médico? **SÍ** o **NO** Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué tipo? (Encierre la respuesta en un círculo) **Medicaid, Medicare, proporcionado en el empleo, otro:_____**
Fecha de nacimiento:	Situación laboral (encierre la respuesta en un círculo): **empleado o desempleado** **medio tiempo, tiempo completo, otro: _____**
N.º de Seguro Social	¿Es esta persona legalmente discapacitada? (Encierre la respuesta en un círculo) **Sí o no**
Estado civil:	Estado militar (encierre la respuesta en un círculo): **veterano, militar activo o no corresponde.**
Relación con el solicitante:	Género (encierre la respuesta en un círculo): **masculino o femenino**
Escolaridad:	Estado de la vivienda (encierre la respuesta en un círculo): **Propia, alquiler, sin vivienda, otro:_____**
Raza:	Origen étnico (encierre la respuesta en un círculo): **hispano, no hispano**

Persona 3	
Nombre completo (nombre y apellido)	¿Tiene seguro médico? **SÍ** o **NO** Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué tipo? (Encierre la respuesta en un círculo) **Medicaid, Medicare, proporcionado en el empleo, otro:_____**
Fecha de nacimiento:	Situación laboral (encierre la respuesta en un círculo): **empleado o desempleado** **medio tiempo, tiempo completo, otro: _____**
N.º de Seguro Social	¿Es esta persona legalmente discapacitada? (Encierre la respuesta en un círculo) **Sí o no**
Estado civil:	Estado militar (encierre la respuesta en un círculo): **veterano, militar activo o no corresponde.**
Relación con el solicitante:	Género (encierre la respuesta en un círculo): **masculino o femenino**
Escolaridad:	Estado de la vivienda (encierre la respuesta en un círculo): **Propia, alquiler, sin vivienda, otro:_____**
Raza:	Origen étnico (encierre la respuesta en un círculo): **hispano, no hispano**

Persona 4	
Nombre completo (nombre y apellido)	¿Tiene seguro médico? **SÍ** o **NO** Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué tipo? (Encierre la respuesta en un círculo) **Medicaid, Medicare, proporcionado en el empleo, otro:_____**
Fecha de nacimiento:	Situación laboral (encierre la respuesta en un círculo): **empleado o desempleado** **medio tiempo, tiempo completo, otro: _____**
N.º de Seguro Social	¿Es esta persona legalmente discapacitada? (Encierre la respuesta en un círculo) **Sí o no**
Estado civil:	Estado militar (encierre la respuesta en un círculo): **veterano, militar activo o no corresponde.**
Relación con el solicitante:	Género (encierre la respuesta en un círculo): **masculino o femenino**
Escolaridad:	Estado de la vivienda (encierre la respuesta en un círculo): **Propia, alquiler, sin vivienda, otro:_____**
Raza:	Origen étnico (encierre la respuesta en un círculo): **hispano, no hispano**

Persona 5	
Nombre completo (nombre y apellido)	¿Tiene seguro médico? **SÍ** o **NO** Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué tipo? (Encierre la respuesta en un círculo) **Medicaid, Medicare, proporcionado en el empleo, otro:_____**
Fecha de nacimiento:	Situación laboral (encierre la respuesta en un círculo): **empleado o desempleado** **medio tiempo, tiempo completo, otro: _____**
N.º de Seguro Social	¿Es esta persona legalmente discapacitada? (Encierre la respuesta en un círculo) **Sí o no**
Estado civil:	Estado militar (encierre la respuesta en un círculo): **veterano, militar activo o no corresponde.**
Relación con el solicitante:	Género (encierre la respuesta en un círculo): **masculino o femenino**
Escolaridad:	Estado de la vivienda (encierre la respuesta en un círculo): **Propia, alquiler, sin vivienda, otro:_____**
Raza:	Origen étnico (encierre la respuesta en un círculo): **hispano, no hispano**

Paso 2: Ingresos del hogar

Marque la causa de las dificultades económicas que usted o una persona en su hogar han experimentado (marque todas las opciones que correspondan).

	Despido temporal
	Experimentó una reducción en las horas de trabajo.
	Pérdida de manutención de los hijos o pensión de cónyuge.
	Ninguna de las situaciones anteriores se aplica a mi familia ni a mí.

Ingreso

(Se requiere verificación de todos los ingresos recibidos en los últimos 30 días)

Nombre de la persona con ingreso	Ingresos brutos (es decir, los ingresos antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia recibe los ingresos?	Fuente de ingresos (Seguridad de Ingreso Suplementario-SSI, manutención de los hijos, salario)

Información bancaria

Nombre del titular de la cuenta	Tipo de cuenta (corriente, ahorro)	Nombre del banco	Saldo en las cuentas

¿Cómo se enteró del Programa de Acción Comunitaria de Goochland?

_____

Paso 3: Verificación

Lea las siguientes declaraciones antes de firmar esta solicitud. Escriba sus iniciales junto a cada afirmación para confirmar que la leyó y comprendió.

Afirmación	Iniciales
Al firmar esta solicitud, el solicitante confirma que toda la información proporcionada es correcta. El hecho de no reportar información correcta se considera fraude. Esto incluye no informar de todas las personas que viven en el hogar, no informar todos los ingresos de todas las fuentes, hacer declaraciones falsas y retener información. El incumplimiento de los requisitos del programa podría resultar en tener que reembolsar cualquier beneficio recibido y/o en la no elegibilidad para recibir asistencia adicional.	
Es responsabilidad del solicitante proporcionar todos los documentos requeridos a la agencia. Esto incluye el nombre legal de una compañía, una dirección y números de cuenta correctos. Si no presenta los documentos, esta solicitud será denegada. Completar esta solicitud concede permiso a la agencia para verificar las fuentes de ingresos. La aprobación de los fondos depende del cumplimiento de las pautas y de la disponibilidad de fondos. Comprendo plenamente la afirmación anterior.	
Autorizo que el personal estatal y federal revise esta solicitud con fines de cumplimiento del programa.	
Entiendo que mi firma en este formulario da permiso para verificar la información relativa a mi necesidad de asistencia.	

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Ha completado la solicitud de GCAP. Verifique que tenga todos los documentos de respaldo que figuran en la lista de verificación de la solicitud antes de enviarla.

SOLO para uso de la oficina:

Aprobado o denegado	Tipo de asistencia	Monto aprobado
	Tarjeta de regalo para alimentos	----------
	Electricidad	
	Propano, queroseno, aceite	
	Alquiler	
	Hipoteca	
	Programa para toda la familia	

Fuente de financiamiento: _____