



# SAFEKEY/IQNITE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Ubicación: \_\_\_\_\_ Programa: \_\_\_\_\_ Duración de la Solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre de la cabeza del hogar: \_\_\_\_\_ RecTrac account # \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Cel.: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad (Debe ser dentro de los límites de la ciudad): \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (Debe proporcionarse): \_\_\_\_\_

Indique Estado Civil:  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Hogar de Grupo  Compañero Domestico

**I. Familia:** Anote con letra de molde los nombres y la información requerida de cada uno de los miembros de la familia. Incluya su información como #1. El no asistir al programa pagado con asistencia financiera puede resultar en la suspensión de ayuda en el futuro.

Nombre de Pila	Apellido	Fecha de Nacimiento	Relacion con el solicitante	Genero	Necesita Asistencia
				<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Tiene custodia principal del niño/niños menores enumerados en la lista?</b>					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**II. EMPLEO:** Anote a todos los adultos de la casa que estén trabajando (inclúyase usted como #1). Por favor agregue una hoja adicional, si es necesario.

Nombre / Apellido	Dirección de su Empleador y Número de Contacto	Cada Cuando le pagan?	Pago Neto
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal	
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal	

**III. Ingreso Adicional:** Conteste las siguientes preguntas. Por cada "si" proporcione documentación.

**Usted u Otras Personas en la Casa:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viven en Vivienda Publica o reciben Asistencia de Renta de Sección 8.....<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> <li>• Recibe o espera recibir asistencia publica (welfare) .....<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> <li>• Recibe o espera recibir beneficios de desempleo .....<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> <li>• Trabaja tiempo completo, parcial, o temporal.....<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> <li>• Espera trabajar por un periodo durante el próximo año ....<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> <li>• Recibe efectivo por su trabajo .....<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibe o espera recibir manutención para niños .....<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> <li>• Recibe o espera recibir manutención matrimonial .....<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> <li>• Recibe o espera recibir Seguro Social o algún otro beneficio de retiro .....<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> <li>• Recibe Incapacidad .....<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> <li>• Recibe EBT/SNAP.....<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> <li>• Recibe TANF .....<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> </ul>
---	--

• **Usted podría o pagarían por asistir a este programa si se agotara la asistencia financiera?**..... SI  NO



# SAFEKEY/IGNITE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

## REQUERIDOS: Documentos originales que se deben entregar en la oficina de Safekey/Ignite (416 N. 7th St., 89101):

- Identificación con fotografía de cada adulto de la casa.
- Actas de nacimiento originales (para todos los que tengan 18 años o menos).
- Verificación de domicilio (pago de servicios). Debe tener la dirección física dentro de los límites de la Ciudad.
- Comprobante de ingresos para cada adulto de la casa. (Talón de cheque, manutención, manutención de niños, etc.)
- Documentación de otro tipo de asistencia pública. (Estampillas de comida, SSI, TANF, desempleo, WIC, etc.)

## IV. Reconocimiento de Términos y Beca: Reconozco lo siguiente (lea y ponga su inicial al lado de cada artículo):

- Soy residente de la ciudad de Las Vegas.
- He proporcionado copias de toda la documentación requerida con esta solicitud incluyendo:
  - Identificación con foto de las cabezas del hogar.
  - Actas de nacimiento de los dependientes.
  - Verificación de Domicilio/Residencia de la Ciudad de Las Vegas.
  - Verificación de ingreso mensual para cada miembro de la familia.
  - Documentación de otros ingresos.
- Si califico, mi hogar recibirá un subsidio de 25%, 50%, 75% basado en el ingreso de la familia y el tamaño de la familia.
- La asistencia financiera es aplicable solo para los programas de Safekey/Ignite de la ciudad de Las Vegas Safekey/Ignite (sujeto a disponibilidad de fondos).
- Entiendo que si se me otorga asistencia financiera, me darán un máximo por hogar, que es la cantidad máxima de ayuda que mi hogar puede recibir en un ciclo de financiación.
- Si mi hogar alcanza la máxima cantidad, la asistencia financiera se habrá agotado para el resto del año escolar.
- Entiendo que una vez se agote el tope de mi hogar, soy responsable de pagar las cuotas en su totalidad.
- Los porcentajes de subvención se aplicarán a la cuenta del hogar para su uso por el cliente a partir de la fecha de adjudicación y pueden caducar en cualquier momento debido a lo siguiente: el fin del año escolar, o porque los fondos de asistencia financiera se hayan agotado en su totalidad.
- Yo entiendo que si se me otorga asistencia financiera, aun así soy responsable de pagar una porción de las cuotas de los pases de Safekey/Ignite. La cantidad de pago se basa en el porcentaje de subvención concedida.
- Los fondos de asistencia financiera no pueden ser aplicados a la cuota de inscripción de Safekey/Ignite (pases YR), a cuotas por tardanza o cuotas extras asociadas por falta de pago.
- Entiendo que la asistencia financiera para Safekey/Ignite será considerada después de que todos los otros medios de asistencia para cuidado de los niños (Liga Urbana League, Family Respite o Consejo Tribal) hayan sido agotados.
- La asistencia Financiera para Safekey/Ignite será otorgada solo a la cuenta del hogar especificado y no es transferible.
- Los porcentajes del subsidio no son reembolsables, ni transferibles, y no se pueden usar retroactivamente para inscripciones al programa que se hayan hecho previo a la fecha de la beca.
- La Asistencia Financiera puede ser terminada por cualquier violación del Código de Conducta de los Padres o Participantes, violación de la Política de Servicio de Pre Pago, si el solicitante se muda fuera de la ciudad de Las Vegas, o si los participantes no están inscritos en el programa de Safekey/Ignite dentro de los 90 días de la fecha de aprobación.

**De conformidad con el reglamento que rige el uso de estos fondos, por favor proporcione la información solicitada. Esta información es confidencial y sólo para uso por parte de los organismos públicos que ofrecen financiación. Los paquetes incompletos no serán aceptados.**

### PENALIDAD POR TERGIVERSACION:

Yo/nosotros certifico/mos que toda la información anterior es verdadera y correcta y que todos los ingresos se reportan con mi mejor conocimiento y creencia. Yo/nosotros entendemos que esta información está siendo dada para recepción de fondos del gobierno. Yo/nosotros damos consentimiento para la verificación de esta información por parte del proveedor del servicio, la ciudad de Las Vegas, u otros funcionarios del gobierno como sea requerido; y que la deliberada tergiversación de la información podría someterme a mi enjuiciamiento por las leyes estatales y federales aplicables. Yo/nosotros también entendemos que las declaraciones o información falsas son motivos para la terminación de la asistencia. En el caso de que mi/nuestro ingreso cambie debido a matrimonio, divorcio, nacimientos, defunciones, promociones, terminaciones, etc. yo/nosotros debemos proporcionar documentación a tal efecto y se actualizaran los estados de ingresos y gastos dentro de los (10) días hábiles para la re certificación de la asistencia financiera.

Firma del Solicitante

Fecha

Nombre del Solicitante en letra de molde.