



COVID-19

Solicitud de Asistencia Financiera de Emergencia

Sitio de VSA: _____
Guardián: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

Copias de los siguientes documentos se requieren de ser aplicable:

1. Identificación con fotografía (copia del guardián primario y secundario si aplicable)
2. Comprobante de ingresos para cada adulto de la casa (Talón de cheque, manutención, declaración de impuestos, etc.)
3. Documentación de asistencia pública (TANF, SNAP, WIC, Seguro Social, desempleo, etc.)
4. Documentación de otro tipo (manutención, manutención de niños, etc.)
5. Carta de elegibilidad de comida gratis y reducida del distrito escolar CCSD (proveía una carta separada por cada estudiante elegible que va a asistir VSA)

- ¿Aplica lo siguiente a usted o cualquier miembro de su hogar? (documentos requeridos)
- Trabaja de tiempo completo, media jornada o de temporada?
 - Espera trabajar por un periodo durante el próximo año?
 - Viven en vivienda publica o reciben asistencia seccion 8?

- Recibe o espera recibir:
- Asistencia publica (welfare)?
 - Beneficios de desempleo?
 - Manutención para niños?
 - Manutención matrimonial?
 - Seguro Social o algún otro beneficio de retiro?

Necesita VSA? (Si / No)	Los Miembros del Hogar (Nombre / Apellido)	Relacion con el Solicitante	Fecha de Nacimiento	Ingreso Mensual

Ingresos totales del hogar: _____

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 Guardián Primario _____
 Fecha

STAFF USE ONLY Date Received: _____

Processor's Recommendation ____ Approve ____ Deny _____ % \$ _____ Family ID#: _____

Name/Signature of Processor: _____ Approval Date: _____