



Solicitud de  
**ASISTENCIA TEMPORAL PARA EL ALQUILER Y SERVICIOS PÚBLICOS (TRUA - *por sus siglas en inglés*)**

**Solo asistencia para servicios públicos**

Por favor responda todas las preguntas. No hacerlo puede retrasar su asistencia.

**UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA SU APROBACIÓN Y LA APROBACIÓN SE DETERMINA MES A MES**

\* **Usted debe vivir en la Ciudad Y Condado de Denver para calificar para este programa.** La asistencia para servicios públicos puede ser proporcionada para los hogares que cumplan con los requisitos para una sola instancia por servicio público durante el año calendario 2021.

\* **Por favor tenga en cuenta los siguientes límites máximos de ingresos brutos para este programa.** El ingreso bruto se determina en base a la información y documentación proporcionada.

Límites de ingresos por tamaño del hogar del año 2021

1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas
\$55,950	\$63,950	\$71,950	\$79,900	\$86,300	\$92,700

**TIPO DE ASISTENCIA**

¿Qué está solicitando?

- Asistencia para Xcel Energy
- Asistencia para Denver Water
- Asistencia para Xcel Energy y Denver Water

¿Ha usted o alguien en su hogar recibido asistencia de este programa anteriormente?  Sí  No

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Nombre (primer y segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del cosolicitante (primer y segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

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

Dirección postal \_\_\_\_\_  Misma información anterior

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono de preferencia \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA CUENTA**

Nombre del titular de la cuenta \_\_\_\_\_

Si corresponde, ¿por qué no está la factura a su nombre? \_\_\_\_\_

¿Si usted no es el titular de la cuenta, está usted incluido en la cuenta?  Sí  No

Número de cuenta de Xcel Energy (si está solicitando asistencia de servicios de energía): \_\_\_\_\_

Número de cuenta de Denver Water (si está solicitando asistencia de servicios de agua): \_\_\_\_\_

**UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA SU APROBACIÓN**  
**LA APROBACIÓN SE DETERMINA MES A MES**



## INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA

¿En qué tipo de vivienda habita?  Casa  Apartamento  Casa móvil Home  
 Duplex/Triplex/Fourplex  Casa adosada (Townhome)

## INFORMACIÓN DEL HOGAR

### Situación laboral actual (al momento de la solicitud):

Tiempo completo  Tiempo parcial  Desempleado (¿Desde qué fecha?? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)  Jubilado  Otro

Enumere a TODOS los miembros de su hogar e incluya los ingresos mensuales, antes de su declaración de impuestos, de las personas mayores de 18 años.

NOMBRE	PARENTEZCO	EDAD	INGRESOS MENSUALES	FUENTE DE INGRESOS
1	YO		\$	
2			\$	
3			\$	
4			\$	
5			\$	
6			\$	
<b>TOTAL de ingresos mensuales antes de declarar impuestos</b>			<b>\$</b>	

Enumere los activos que generan ingresos para todos los miembros del hogar mayores de 18 años que solicitan asistencia. (Esto es efectivo/no efectivo que se puede convertir en efectivo.)

ACTIVOS	SOLICITANTE	COSOLICITANTE	Miembro Adulto #3	Miembro Adulto #4	Miembro Adulto #5
Cuenta bancaria					
Ahorros					
Efectivo					

**UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA SU APROBACIÓN**  
**LA APROBACIÓN SE DETERMINA MES A MES**



## DECLARACIÓN DE DIFICULTAD

¿Están sus dificultades relacionadas con el coronavirus (COVID-19)?  SÍ /  NO

Si sus dificultades están relacionadas con el coronavirus (COVID-19), ¿da fe de que no puede cubrir sus gastos mensuales debido a dificultades financieras inesperadas causadas por la emergencia de salud pública del COVID-19?  SÍ /  NO

¿Qué declaración describe mejor su dificultad? Por favor seleccione una:

<input type="checkbox"/>	Reducción de ingresos
<input type="checkbox"/>	Pérdida de empleo/pérdida de horas de trabajo
<input type="checkbox"/>	Dificultad médica
<input type="checkbox"/>	Gasto inesperado
<input type="checkbox"/>	Cambio/pérdida de beneficios públicos
<input type="checkbox"/>	Compañero de cuarto/miembros del hogar que generan ingresos se fueron
<input type="checkbox"/>	Fallecimiento en la Familia
<input type="checkbox"/>	Otro:

Si su dificultad **NO** está relacionada con el COVID-19, proporcione una breve declaración de la dificultad (*explique qué situación lo llevó a retrasarse en los pagos de servicios públicos*):

*\*REQUERIDO\*—DEBE DESCRIBIR SU DIFICULTAD EN ESTE CUADRO DE TEXTO. POR FAVOR SEA LO MÁS BREVE POSIBLE.*

*Yo doy fe de que yo (1) experimenté una dificultad financiera temporal e imprevista que causó que me atrasaré en los pagos de servicios públicos, y (2) que no tengo los recursos financieros para pagar las facturas de servicios públicos sin quedarme sin realizar compras necesarias de bienes y servicios, como alimentos. Mediante la firma de esta auto certificación de dificultades a continuación, certifico que comprendo y acepto que puedo ser responsable de reembolsar cualquier otro beneficio que se determine que es una duplicación de la asistencia recibida de este programa.*

X

Firma del solicitante

Fecha

**UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA SU APROBACIÓN**  
**LA APROBACIÓN SE DETERMINA MES A MES**



## DECLARACIÓN DEMOGRÁFICA DEL HOGAR

Los fondos de la Ciudad y Condado de Denver se han otorgado para financiar el programa de Asistencia Temporal de Alquiler y Servicios Públicos (TRUA - *por sus siglas en inglés*). Las regulaciones de la ciudad requieren que el programa brinde beneficios para las personas de ingresos bajos y moderados. Se deben completar todas las preguntas de este documento. El formulario debe ser aceptado y firmado.

### 1. Composición del Hogar:

a. ¿Se identifica el jefe de familia como mujer?

SÍ                       NO

b. ¿Es algún miembro de la familia mayor de 62 años?

SÍ                       NO

c. ¿Se identifica algún miembro de la familia como discapacitado?

(Una discapacidad es un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de dicha persona; un registro de tal impedimento; o que se considere que tiene tal impedimento.)

SÍ                       NO

### 2. Por favor responda tanto el origen étnico como la raza del solicitante.

(Por favor tenga en cuenta que esta información es necesaria para fines informativos.)

ETNIA (por favor seleccione uno)	
Hispano o latino	
No hispano o latino	

CATEGORÍA RACIAL ÚNICA		CATEGORIA MULTIRACIAL	
Blanco		Indígena americano/nativo de Alaska y blanco	
Raza negra/afroamericano		Asiático y blanco	
Asiático		Raza negra/afroamericano y blanco	
Indígena americano/nativo de Alaska		Indígena americano/nativo de Alaska y raza negra/afroamericano	
Nativo de Hawái/otro isleño del Pacífico		Otra raza múltiple: por favor explique ( <i>opcional</i> ):	

**UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA SU APROBACIÓN**  
**LA APROBACIÓN SE DETERMINA MES A MES**



## CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Yo certifico que la información contenida en la presente solicitud y su documentación de respaldo es precisa y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que la entrega de declaraciones o información falsa representa un motivo de término de la asistencia de la vivienda y que dicho acto es sancionable conforme a la ley federal. Mediante mi firma en el presente documento, autorizo a Brothers Redevelopment, Inc. (BRI), Northeast Denver Housing Center (NDHC) y a sus agencias asociadas a obtener e intercambiar información con otras entidades conforme a la discreción del coordinador, incluyendo, pero no limitado a, proveedores de servicios públicos, arrendador(es), empleador(es), prestamistas, bancos y otras instituciones financieras, o cualquier otro tercero esencial relacionado con mi caso que se considere necesario para obtener recursos para satisfacer mis necesidades de asistencia.

Cualquier información intercambiada con terceros se realizará sin discriminación y respetando mis derechos. La información obtenida se utilizará únicamente para proporcionarme asistencia para los servicios públicos y servicios relacionados. Además, yo proporciono mi consentimiento para ser contactado en relación con otros programas y servicios, tales como asesoría de la vivienda.

Por el presente, libero a Brothers Redevelopment, Inc. (BRI), Northeast Denver Housing Center (NDHC), a sus agencias colaboradoras, funcionarios, directores, empleados, agentes y entidades afiliadas de cualquier responsabilidad relacionada con el suministro de la información de esta solicitud.

Me reservo el derecho de revocar la presente autorización en cualquier momento y proporcionaré una notificación por escrito sobre mi decisión a la organización con la que estoy trabajando. Una vez recibida la petición por escrito, la organización discontinuará el uso de mi información dentro de 48 horas hábiles y le dará término a mi solicitud pendiente y/o servicios solicitados a través de la organización.

X

Firma del solicitante

Fecha

**UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA SU APROBACIÓN**  
**LA APROBACIÓN SE DETERMINA MES A MES**



## LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE APOYO SOLO ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Debe enviar los siguientes documentos de respaldo junto con la Solicitud de Asistencia de Servicios Públicos de TRUA:

\* Complete las 5 páginas de esta **Solicitud de TRUA** (adjunta).

\* **Identificación con foto** del solicitante

\* **Contrato de arrendamiento o estado de hipoteca** (se aceptarán arrendamientos vencidos si son mensuales. También se aceptarán solicitudes de alquiler, libros de contabilidad o recibos si contienen el nombre y la dirección del inquilino. Si usted es propietario de una vivienda y está solicitando asistencia para servicios públicos, por favor proporcione un comprobante de propiedad de la vivienda, como un estado de hipoteca u otro documento.)

\* **Comprobante de Ingresos**

Si recibe alguno de los siguientes beneficios, por favor proporcione un **comprobante del beneficio de los 30 días anteriores** como la única documentación necesaria para comprobar los ingresos del hogar.

- Ayuda al Ciego (AB)
- Ayuda al Necesitado Discapacitado (AND)
- Voucher de Elección de Vivienda (Sección 8)
- Pensión por Edad Avanzada (OAP)
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- AYUDA Temporal a Familias Necesitadas (TANF)
- Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Programa de Asistencia Energética para Personas de Bajos Recursos (LEAP)

**Si no recibe ninguno de los beneficios anteriores o no tiene un comprobante del beneficio, por favor proporcione la documentación de verificación de ingresos de los 30 días anteriores de todos los miembros adultos del hogar mayores de 18 años para todas las fuentes de ingresos que se enumeran en la solicitud de TRUA. La documentación debe incluir el nombre del adulto y tener una fecha dentro de 30 días. La documentación de verificación de ingresos puede incluir:**

- Talones de pagos
- Carta de verificación de beneficios/seguro de desempleo (UI)
- Declaración de ganancias y pérdidas
- Carta firmada y con fecha del empleador que indique el nombre del solicitante, el nombre de la fuente de ingresos, cantidad y frecuencia de los ingresos e información de contacto del empleador
- Carta con comprobante de ingresos del Seguro Social por Discapacidad (SSDI)
- Carta de verificación de beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Pagos de manutención infantil recibidos
- Carta de beneficios de jubilación

\* **Facturas más recientes de los servicios públicos** – Solo Xcel Energy y Denver Water. Puede solicitar asistencia para uno o ambos servicios. La asistencia para servicios públicos puede ser proporcionada para los hogares que cumplan con los requisitos para una sola instancia por servicio público durante el año calendario de 2021.

\* **Formulario de consentimiento de revelación de información del cliente de Xcel Energy** – solo si está solicitando asistencia para los servicios de Xcel Energy.

\* - **OBLIGATORIO**

**UNA SOLICITUD COMPLETA NO GARANTIZA SU APROBACIÓN**  
**LA APROBACIÓN SE DETERMINA MES A MES**