CITY of CLOVIS

AFFORDABLE HOUSING PROGRAMS

1033 FIFTH STREET • CLOVIS, CA 93612

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE PAGOS PARA SUMINISTROS PUBLICOS (2023-2024)

AHORA ESTA ACEPTANDO SOLICITUDES PARA ASSISTENCIA

Gracias por su interés en el Programa de Asistencia de Pagos para Suministros Públicos de la Ciudad de Clovis. El Programa provee fondos a personas de bajos ingresos, para pagar su factura de agua, desagüe, y basura que este atrasado, si es que recibe esos servicios de la Ciudad de Clovis. Los fondos son proveídos directamente al Departamento de Finanzas de la Ciudad de Clovis, para pagar su factura. Si cree que usted podría calificar para el programa, le invitamos a llenar la aplicación aquí adjunta, y regresarla a las oficinas de la ciudad con los documentos requeridos. Si califica para el programa, recibirá información adicional para poder recibir la asistencia.

TOME NOTA: esta es SOLO una solicitud para la asistencia, y no constituye aprobación de la solicitud

REQUISITOS PARA ELIGIBILIDAD

1. Solicitante debe tener su cuenta de agua, desagüe o basura con la Ciudad de Clovis.
2. Solicitante debe tener su cuenta de suministros públicos en estado atrasado.
3. Solicitante debe asegurar que no ha recibido asistencia financiera para estos cargos de algún otro programa sea privado, local, del estado o del gobierno federal.
4. Solicitante tendrá que certificar que la pandemia del COVID afectó su habilidad de hacer estos pagos.
5. La asistencia es solamente para facturas de la residencia donde el/la solicitante vive/vivía.
6. Los ingresos de su familia no puede sobrepasar las cantidades siguientes (según el número de personas en su familia):

1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas	7 Personas	8 Personas
$46,200	$52,800	$59,400	$65,950	$71,250	$76,550	$81,800	$87,100

Solicitudes serán aceptadas y tramitadas por orden de llegada.
Solamente solicitudes completes serán aceptadas. Solicitudes incompletas serán regresadas al solicitante.
Para que su solicitud sea completa, debe incluir lo siguiente:

1. Toda persona que viva en la residencia debe ser identificada en la solicitud; y
2. Todos los documentos enumerados como requeridos en la lista de la solicitud **deben ser adjuntos** a la solicitud.

Presente su solicitud completa, y documentos requeridos por correo, o en persona a este domicilio:

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE VIVIENDA

City of Clovis – Administration
Affordable Housing Programs
1033 Fifth Street
Clovis, CA 93612

NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN:	Necesita asistencia contactando la Ciudad de Clovis?
Es la poliza de la Ciudad de Clovis de no discriminar basado en su raza, color, origen de nacionalidad, religión, sexo, o preferencia sexual. Si tiene algúna queja o asunto, favor de contactar al coordinador del Program 504 de la Ciudad de Clovis al (559) 324-2060.	El programa de Servicio de Re-Transmisión de California le puede proveer Asistencia de Comunicación especialmente capacitada para transmitir comunicaciones entre personas sordas, los que sufren de ensordecimiento, personas sordo-mudas y los que usan teléfonos fijos. Puedes usar este servicio para contactar a la Ciudad de Clovis (TTY/TDD) al marcar al 711.

LISTA DE DOCUMENTOS PARA LA SOLICITUD

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE PAGOS PARA SUMINISTROS PUBLICOS

Favor de usar esta lista para asegurar que su solicitud esta completa. Su solicitud se le regresará si no incluye estos documentos.

REQUERIDO CON TODA SOLICITUD

- ☐ Solicitud Completa (adjunta)
- ☐ Certificaciones firmadas del solicitante incluyendo la declaración que no hay duplicaciones de beneficios
- ☐ Copia de su Identificación o Licencia de Manejar, **PARA TODOS LOS ADULTOS EN LA CASA**
- ☐ Copia de sus facturas atrasadas, o vigentes, de la Ciudad de Clovis
- ☐ Documentos verificando los ingresos de **todos los adultos, de 18 años o mas, que vivan en la residencia**, incluyendo los adultos que no tengan ingresos. Consulte la lista aquí debajo para la documentación requerida.
- ☐ Evidencia de dificultad financiera como resultado del coronavirus (***consulte Pagina 6***)

TIPO DE INGRESOS	DOCUMENTACION REQUERIDA
Si recibe ingresos de un empleo	*Proveer talón de ingresos de los últimos dos meses -ESTO ES REQUERIDO, NECESITAREMOS VERIFICACION DE EMPLEO DE SU EMPLEADOR*
Declaración de Impuestos - *REQUERIDO*	*Copias de su declaración de impuestes de los últimos 3 años, MAS FORMAS W-2s Y 1099s*
Estado de cuentas bancarias - *REQUERIDO*	*Copia de su estado de cuentas bancarias de los últimos 6 meses.*
Si es empresario	*Copias de ingresos autónomos (Schedule C) o la forma de impuestos #1040, de los últimos dos años*
Si recibe ingresos del Seguro Social, o Ingresos Suplementales del Seguro Social	*Copia de la declaración mas reciente de la Administración del Seguro Social*
Si recibe Compensación del Desempleo, o Compensación al Trabajador	*Copia de la declaración mas reciente*
Cuentas de Retiro o Pensión (401K, 403B, 457, CD o IRA)	*Copia de la declaración mas reciente*
Si recibe manutención para sus hijos o Pensión Alimenticia	*Copia de la orden de las Cortes/Juez que identifique su manutención mensual, o la declaración mas reciente*
Si no tiene ingresos – o no tiene que declarar Impuestos – o no tiene cuentas de Banco	*Declaración firmada al respeto (consulte las paginas 3-5)*

TOME NOTA: OTRAS REQUISITOS Y DOCUMENTOS PODRAN SER NECESITADOS

Si tiene preguntas sobre esta solicitud, contacte a:
Claudia Cazares, Affordable Housing Management Analyst
(559) 324-2094
claudiac@cityofclovis.com

CITY of CLOVIS

AFFORDABLE HOUSING PROGRAMS

1033 FIFTH STREET • CLOVIS, CA 93612

SOLICITUD PARA EL
PROGRAMA DE ASISTENCIA DE PAGOS PARA SUMINISTROS PUBLICOS
2023-2024

Nombre del Solicitante/s: _____

Domicilio: _____

Telefono:_____ **Email:**_____

Esta la factura a su nombre? ☐ Si ☐ No
Si la respuesta es NO, favor de no llenar esta solicitud, y llamar a la Ciudad de Clovis para mas información.

Las facturas atrasadas pertenecen al domicilio identificada arriba? ☐ Si ☐ No
Si la respuesta es NO, favor de identificar el domicilio de la factura atrasada aquí:

_____

Raza del Solicitante (favor de marcar todas las que apliquen) REQUERIDO:

_____Nativo Americano o Nativo de Alaska
_____Asiatico/a
_____Africo-Americano/a
_____Nativo de Hawaii o Otra Isla del Pacifico
_____Blanco/a
_____Otro/a:_____

Etnia del Solicitante REQUERIDO:

Hispano/a: ☐ Si ☐ No

TODOS los miembros de su residencia, y sus ingresos deben ser identificados aqui debajo. Liste primero el nombre del solicitante.

NOMBRE Y RELACIÓN AL SOLICITANTE	EDAD	INGRESOS ANUALES

Incluya paginas adicionales si tiene miembros de su familia/residencia adicionales

¿POR CUALES MESES/AÑOS REQUIERE ASISTENCIA?
INCLUYA COPIES DE LAS FACTURAS ATRASADAS

_____

_____

CERTIFICACIONES DEL SOLICITANTE

Yo certifico, bajo penalidad de falso testimonio de las leyes del Estado de California, que no he pagado las facturas del agua, desagüe y/o basura a causa de los impactos resultados de la coronavirus.

Yo certifico, bajo penalidad de falso testimonio de las leyes del Estado de California, que no he recibido asistencia financiera duplicada para pagar estas mismas facturas de ningún programa privado, local, estatal o federal. Si se descubre que usted recibió otros fondos duplicados para estas facturas, tendrá que regresar la asistencia que recibió de parte de este programa CDBG-CV.

Yo entiendo que esta es solo una solicitud, que será revisada por personal de la Ciudad de Clovis para determinar si usted califica para este programa. Yo entiendo y acuerdo que este programa tiene requesitos de elegebilidad impuestos por el estado de California y el gobierno federal de los EEUU, que yo tendré que llenar para calificar para esta asistencia. Yo certifico, bajo penalidad de falso testimonio de las leyes del Estado de California, que toda la información que he proveído en esta solicitud es verifica y correcta.

_____

Firma del Solicitante Fecha

_____

Firma del Co-Solicitante Fecha

To be completed by City of Clovis staff:

Approved: *Denied:*

*City Approver Name and Title:*_____

*City Approver Signature:*_____ *Date:*_____

SOLICITUD PARA EL
PROGRAMA DE ASISTENCIA DE PAGOS PARA SUMINISTROS PUBLICOS
2023-2024

DECLARACIÓN DE ZERO INGRESOS

Solo llenar esta forma si le es pertinente

Yo, [escriba su nombre] _____

residente en [escriba su domicilio] _____

affirmo a la Ciudad de Clovis, que actualmente no tengo ingresos, y no he tenido ingresos los últimos dos meses.

Estatus de Zero Ingresos

Miembros de su familia, que son adultos, que no tengan ingresos, son requeridos a firmar una declaración, bajo penalidad de falso testimonio de las leyes del Estado de California, que no tienen ingresos o no han tenido ingresos durante la presentación de esta solicitud que esta tramitada para programas locales, estatales y federales de la Ciudad de Clovis. Si recibe ingresos, durante el trámite, tome nota que es requerido proveer esta información a la Ciudad de Clovis dentro de 10 dias después de recibir los ingresos.

Firma: _____

Fecha: _____

SOLICITUD PARA EL
PROGRAMA DE ASISTENCIA DE PAGOS PARA SUMINISTROS PUBLICOS
2023-2024

DECLARACIÓN JURADA TOCANTE SUS IMPUESTOS -Y-
DECLARACIÓN DE NO TENER CUENTAS BANCARIAS

Nombre: _____

Domicilio: _____

Llene esta declaracion jurada solamente si:

1) Usted no tuvo que llenar un solicitud de impuestos federales, para cualquier de los tres años previos: o
2) Usted es un solicitante, o miembro de la familia, de 18 años o mas, que no tiene cuenta de banco.

1. La persona que firma aquí debajo, de aqui en adelante referido como "SOLICITANTE", certifica y declara lo siguiente **(marque todo lo que aplique):**

   a. ☐ SOLICITANTE no fue requerido a declarar impuestos federales para estos años:
   20_____, 20_____, 20_____
   por estas razones:

   _____

   _____

   b. ☐ SOLICITANTE declara y certifica he no tiene cuentas bancarias ni de cheques ni de ahorros.

2. SOLICITANTE reconoce y entiende que esta Declaración Jurada será utilizada por personal de la Ciudad de Clovis para determinar su elegibilidad para programas de asistencia. SOLICITANTE reconoce que si el SOLICITANTE provee alguna inexactitud negligente en esta declaración y solicitud

para asistencia, constituye una violación federal sancionable con una multa; y cualquier inexactitud proveída fraudulentamente en esta declaración y solicitud en conexión con su solicitud para asistencia constituye una violación federal sancionable con una multa y revocación de asistencia, aparte puede ser penado/a criminalmente según las leyes del estado de California. Adicionalmente, cualquier falsa declaración que afecte la elegibilidad del SOLICITANTE bajo las leyes del Titulo 26 de Los Codigos del Servicio de Impuestos Internos de 1986, como enmendado, y las regulaciones al respeto, resultara en que la solicitud del SOLICITANTE sea negada, o, si la asistencia ya fuera proveída antes que se encuentre el falso testimonio, se le cancelara la asistencia inmediatamente.

3. Además el SOLICITANTE reconoce que si cualquier información, certificación o declaración que provea el SOLICITANTE que contenga una inexactitud material que es a consecuencia de fraude, entonces cualquier asistencia que se le proveó será automáticamente cancelada y anulada sin necesidad de medidas adicionales de parte de la Ciudad de Clovis.

4. Adicionalmente, el SOLICITANTE reconoce y entiende que cualquier falsos pretensos, incluyendo declaraciones o representaciones falsas, or el use fraudulento de algún instrumento, instalación, articulo u otra cosa valiosa o servicio según su participación en algún programa de la Ciudad de Clovis es penado con encarcelamiento o con multa.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Tome Nota: Se requiere tres años de declaraciones de impuestos. El periodo de tres años es calculado empezando con la fecha que metió su solicitud y contando años retroactivamente. Las declaraciones de impuestos son requeridas para todos los miembros de su familia que tengan 18 años de edad o mas que llenaron declaración de impuestos.

SOLICITUD PARA EL
PROGRAMA DE ASISTENCIA DE PAGOS PARA SUMINISTROS PUBLICOS
2023-2024

DECLARACIÓN JURADA DE DIFICULTAD FINANCIERA Y DOCUMENTOS REQUERIDOS

Solicitantes deben documentar que confirma y certifica que ha sufrido impactos económicos/financieros negativos durante el periodo de la pandemia de COVID-19 (15 de marzo, 2020 hasta hoy en día). Documentación aceptable para documentar el efecto negative hacia sus ingresos puede incluir, pero no es limitado a lo siguiente:

- Copia de la notificación de su empleador de despido de trabajo durante el periodo de la pandemia.
- Copia de la notificación de su empleador que cesaría su trabajo aunque temporalmente durante el periodo de la pandemia.
- Copia de la notificación de su empleador confirmando que le redujeron sus horas de trabajo, o que le bajaron el sueldo durante el periodo de la pandemia.
- Copia de la aplicación del solicitante para el programa de Desempleo, o comprobante del estado que fue aprobado para beneficios de Desempleo.
- Una declaración jurada y notarizada que identifique al solicitante cual fuera empresario autónomo, el nombre de la compañía, el negocio al que se dedica, y una explicación escrita que declara el impacto económico a su compania durante y causado por el periodo de la pandemia.
- Otra documentación considerada aceptable por la Ciudad de Clovis, según su caso y circunstancias.