



# SOLICITUD DE AYUDA ALIMENTARIA Y COMUNITARIA 2021

Teléfono 970-870-8804 Fax 970-870-1935

Debe presentar un documento de identidad con fotografía para recibir los servicios. Cualquier información proporcionada en esta solicitud puede estar sujeta a verificación.

Por favor, háganos saber si desea recibir ayuda espiritual.

**Toda la información debe estar completa antes de que su solicitud sea revisada. \*\***

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Raza/etnia: \_\_\_\_\_

ID Identificación: Tipo de ID \_\_\_\_\_ Estado/País \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

¿Cuándo se mudó al condado de Routt? \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección postal (si es diferente)

Dirección de correo electrónico (podemos ponernos en contacto con usted para informarle sobre las novedades del Banco de Alimentos LiftUp):

¿Ha pedido ayuda a LiftUp en el pasado? \_\_\_\_\_ ¿Recibe SNAP (cupones de alimentos)?\_

¿Ha solicitado el SNAP? ¿Es un empleado de temporada? \_\_\_\_\_ ¿Busca formación laboral? \_\_\_\_\_

Si actualmente no tiene trabajo, ¿está buscando empleo? \_\_\_\_\_

¿Se trata de una emergencia? En caso afirmativo, explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE/PAREJA:

Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Raza/etnia: \_\_\_\_\_

ID Identificación: Tipo de ID \_\_\_\_\_ Estado/País \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

## DEPENDIENTES QUE VIVEN CON USTED: (Cualquier otro miembro adulto del hogar debe tener su propia solicitud).

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con usted
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

TIPO DE AYUDA SOLICITADA:  Vivienda  Cuenta médicas  Servicios  Alimentación  Otros

¿Ha solicitado ayuda a algún otra organización \_\_\_\_\_? En caso afirmativo, ¿a qué organización? \_\_\_\_\_

Si necesita comida, indique las restricciones dietéticas \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

## FUENTES DE INGRESOS:

Empleador del solicitante: _____  Salario por mes: \$ _____/mes (o calcula \$ _____ por hora X _____ horas por semana X 4 semanas)  Fecha de la próximo pago: ____/____/____  Jubilación/SSI por mes: \$ _____  Discapacidad/SSDI por mes: \$ _____  Manutención de los hijos/pensión alimenticia al mes: \$ _____  Cupones de comida/SNAP al mes: \$ _____  Desempleo por mes: \$ _____  Indique cualquier otro ingreso (incluido el alquiler de los compañeros de piso, etc.) _____	<b>INGRESOS TOTALES RECIBIDOS (brutos) EN EL MES MÁS RECIENTE \$ _____.</b>  <b>Certifico que la información facilitada en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que recibiré los productos de forma gratuita. Además entiendo que Lift-Up no es responsable por la condición de los alimentos o productos no perecederos. Por lo tanto, yo libero, renuncio, indemnizo, y mantengo a Lift-Up del Condado de Routt inofensivo de y contra cualquier/todas las reclamaciones por daños, lesiones, o gastos de cualquier tipo.</b>  Firma del solicitante _____  Fecha ____/____/____
--	---

**¿Cuál es su plan de pago para el próximo mes? Por favor, explíquelo:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Utilizas el banco de alimentos para compensar tus gastos?

**Enumera los gastos aproximados con las cantidades en dólares del último mes: (¿Cuánto se gastó en cada categoría?)**

Alimentos		Combustible/limpieza del coche.		Alquiler/hipoteca	
Artículos para el hogar		Préstamos y arrendamientos de automóviles		Alquiler de lotes	
Ropa		Seguro médico/dental		Préstamos para estudiantes	
Lavandería / Tintorería		Electricidad/Gas/Agua		Atención médica (Rx)	
Teléfono (móvil, casa)		Internet/TV		Cuidado de niños	
Cuidado personal		Servicio de basura		Otros	

### AYUDA A LA VIVIENDA

Nombre del arrendador/compañía hipotecaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección completa del arrendador/compañía: \_\_\_\_\_

¿Qué mes de alquiler busca \_\_\_\_\_? Pagos mensuales habituales \_\_\_\_\_

Cantidad total adeudada a esta fecha **a)** \_\_\_\_\_? Cuanto puede aportar? **b)** \_\_\_\_\_

Cantidad solicitada a LiftUp **c)** \_\_\_\_\_ (Calcule usando **a - b = c**)

¿Alguna otra información relevante?

### Cuentas Médicas (marque todo lo que corresponda)

Médico  Dental  Visión  Prescripción

Proveedor médico \_\_\_\_\_: Teléfono \_\_\_\_\_

**AYUDA PAGO DE SERVICIOS** (marque todo lo que corresponda)

Gas     Electricidad     Agua     propano     Otros

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

**OTRA INFORMACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA QUE SOLICITA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE**

Yo (**nombre en letra**) \_\_\_\_\_ Autorizo a LiftUp del Condado de Routt a obtener y/o compartir información necesaria de/con cualquier otra persona u organización que pueda ser útil para recibir asistencia de Lift-Up para propósitos de emergencia (por ejemplo, propietario, empleador, iglesias, DHS, proveedor médico, aplicación de la ley, etc.). Entiendo que toda la información solicitada es únicamente con el propósito de recibir ayuda con mis necesidades de emergencia y se mantendrá en confianza. La información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que, si soy elegible, LiftUp escribirá un cheque directamente al proveedor (es decir, propietario / compañía hipotecaria, oficina médica, etc.).

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

.....  
*FOR OFFICE USE ONLY - Case Notes*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fund Used \_\_\_\_\_ Amount \_\_\_\_\_ Approval Initials \_\_\_\_\_

Fund Used \_\_\_\_\_ Amount \_\_\_\_\_ Approval Initials \_\_\_\_\_