SOLICITUD DE AYUDA ALIMENTARIA Y/O COMUNITARIA 2026

Teléfono 970-875-3443 – Español 970-875-3445

Debe presentar un documento de identidad con fotografía para recibir los servicios. Cualquier información proporcionada estará sujeta a verificación.

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: _____Raza/etnia: _____
(MM/DD/AA)

IDENTIFICACIÓN
Tipo de ID _____Estado/País _____ID# _____

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA:
Dirección física: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)
Dirección postal (si es diferente) _____
Cuando se mudó al Condado de Routt: _____
(MM/DD/AA)

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Número de teléfono: _____Utiliza WhatsApp: SI ____ NO _____
Dirección de correo electrónico: _____

¿Ha pedido ayuda a LiftUp en el pasado? _____

¿Ha solicitado el SNAP (cupones de alimentos)? _____Recibe SNAP: Si _____No_____

¿Es un empleado de temporada? Si ___ No _____Si actualmente no tiene trabajo, ¿está buscando empleo? Si ___No _____

¿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 Ud.

TIPO DE AYUDA SOLICITADA: ☐ Vivienda ☐ Cuenta médicas ☐ Servicios ☐ Alimentación

¿Ha solicitado ayuda a alguna otra organización____? En caso afirmativo, ¿a qué organización? _____ Si necesita comida, indique las restricciones dietéticas:

_____

FUENTE DE INGRESOS:

Empleador del solicitante: _____ Salario por mes: $ _____/mes **(**o calcula $____por hora X ___ horas por semana X 4 semanas) Fecha del 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.) _____	**INGRESOS TOTALES RECIBIDOS (brutos) EN EL MES MÁS RECIENTE $_____** **_____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.** 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***)

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 LiftUp 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 _____