

# PROGRAMA MUNICIPAL DE AYUDA

## Asistencia para Balances Atrasados

### INFORMACION GENERAL

1. Fecha de la aplicación: \_\_\_\_\_
2. Número de Cuenta : \_\_\_\_\_
3. Cantidad total atrasada que se debe desde Marzo 1, 2020 – Diciembre 30, 2020 (Provista por la compañía municipal de utilidades en las facturas mensuales mostrando las cantidades mencionadas):  
\_\_\_\_\_
4. Dirección (Donde se provee el servicio): \_\_\_\_\_
5. Ciudad (Donde se provee el servicio): \_\_\_\_\_
6. Estado (Donde se provee el servicio): \_\_\_\_\_
7. Código Postal (Donde se provee el servicio): \_\_\_\_\_
8. Número de teléfono: \_\_\_\_\_
9. 9. Tipo de cuenta:  Residencial  No - Residencial

### CLIENTES DE CUENTAS RESIDENCIALES COMPLETAR ESTA SECCIÓN:

1. Nombre del dueño de la cuenta:

\_\_\_\_\_  
Nombre inicial Apellido(s)

2. Si usted o alguien en su casa está experimentando dificultades económicas debido a la pandemia del COVID-19, por favor seleccione las opciones que apliquen a su caso:

Despedido de su empleo

Cierre del lugar de empleo

Menos horas/días de trabajo

Debe quedarse en casa a cuidar sus niños debido al cierre de escuelas o guardería

Perdida del soporte de hijos o conyugal

Contrajo COVID-19 y perdió horas/días de trabajo

No ha encontrado trabajo debido al COVID-19

Reluctante a regresar a su trabajo debido al alto riesgo de contraer COVID-19 (por la edad o problemas de salud existentes)

Otro (describa) \_\_\_\_\_

## CLIENTES DE CUENTAS NO-RESIDENCIALES COMPLETAR ESTA SECCIÓN:

1. Nombre del dueño de la cuenta: \_\_\_\_\_
2. Nombre de la propiedad: : \_\_\_\_\_
3. 3. Esta cuenta tiene un balance atrasado debido a problemas económicos causados por la pandemia del COVID - 19? (Seleccione Si o No)  
 Sí (Elegible, continúe abajo)                       **NO** (No es elegible)
4. Explique cómo le ha afectado económicamente la pandemia del COVID - 19:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

### El objetivo de la aplicación de asistencia CARES Act es:

- Ayudar a cubrir facturas atrasadas de utilidades iniciando en Marzo 1, 2020 a Diciembre 30, 2020. Esta asistencia NO cubrirá balances atrasados antes o después de estas fechas.
- Proveer fondos a cuentas residenciales y no-residenciales, una sola vez por cada cuenta que califique para la asistencia.
- Los fondos provistos serán aplicados solamente a los siguientes servicios de utilidades:

Agua  
 Drenaje  
 Electricidad

---

## Certificación del cliente:

- Deseo recibir cualquier asistencia a la que tenga derecho legalmente según este programa y sus especificaciones.
- Certifico que la razón por la que soy elegible para esta asistencia de la Ley CARES es correcta.
- Entiendo que mi firma en este formulario autoriza al personal de City of Manassas Departamento de Utilidades a verificar los registros según sea necesario para verificar mi elegibilidad para recibir asistencia.
- Declaro que:
  - o para solicitantes residenciales: soy la única persona que vive en el hogar en la dirección que se muestra en este formulario que ha solicitado esta asistencia, o
  - o para solicitantes no residenciales: soy la única persona que ha solicitado / en nombre del titular de la cuenta no residencial, incluidos sus sucesores, en la dirección que se muestra en este formulario y que no soy titular de una cuenta del gobierno.
- Certifico que este cliente no ha recibido el alivio de la ley CARES por ninguno de los atrasos que estoy solicitando de ninguna otra fuente, incluidas las Subvenciones de Reconstrucción VA.
- Entiendo que si doy información falsa o retengo información con el fin de ser elegible para los beneficios a los que no tengo derecho o si solicito asistencia en más de un sitio, puedo ser procesado por fraude y / o negarme asistencia en el futuro. .
- Entiendo que las agencias involucradas en este programa pueden verificar toda la información que he proporcionado.
- Entiendo y mi firma en este formulario autoriza a City of Manassas Departamento de Utilidades a la que estoy solicitando para verificar la información sobre mi necesidad de asistencia.
- ¿Otros?
- 

Nombre Completo

Firma

Fecha

---

Title (for non-residential account holders)

Municipal Utility Intake Information:	ACTION TAKEN	Screener	Date