



HOPE CONFERENCE SOLICITUD PARA ASISTENCIA

La Hope Conference se estableció con fondos provenientes de las Conferencias, los Vincentinos y otros donantes, para que estos fondos sirvan como una fuente de último recurso. Nuestros esfuerzos para ayudar a los hogares sin techo y la prevención de los hogares sin techo comenzaron hace tres años como un esfuerzo conjunto con Season of Sharing (SOS). Además de SOS, ahora servimos nuestra comunidad con fondos de Sunlight Giving, EFSP (FEMA), Impact Diablo Valley, y otros subsidios y fondos de donantes generosos. Cada uno de estos fondos trae consigo requisitos, beneficios y retos particulares para poder adjudicar la ayuda. Para ayudar a facilitar a adjudicar estos fondos y para permitir que el Hope Conference pueda responder rápidamente a las solicitudes de ayuda, hemos establecido una solicitud de dos niveles.

Nivel 1 - Requisitos para la Solicitud

- Para asuntos de *último recurso* (arreglo de carro, PG&E/cuentas de agua, etc.):
 - ◊ Llene las páginas 2 y 3 de esta solicitud y adjunte copias de las facturas que deben ser pagadas)

La Hope Conference no puede reembolsar a otras conferencias hasta que se haya sometido una solicitud de caso y esta haya sido aprobada por consenso de los miembros de la Hope Conference.

Nivel 2 - Requisitos para la Solicitud

- Para ayuda con hogares sin techo, prevención de hogares sin techo o ayuda con vivienda (renta retrasada, depósitos y prevención de desalojos y avisos de tres días)
 - ◊ Llene las páginas 2, 3 y 4 de esta solicitud y adjunte copias de las facturas que deben ser pagadas
 - ◊ Incluya todos los documents aplicables en la Lista de Comprobación, a continuación.

Según los criterios y las normas aplicables, los fondos no seran adjudicados hasta que 1) se cumplan con los requisitos específicos 2) se someta una solicitud completamente llena y 3) se adjunte toda la documentación requerida.

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA SOLICITUD



- Solicitud Llena**
- Prueba de Crisis** - Prueba verificable de la situación de emergencia del cliente (pérdida de ingreso, reporte de la policía, facturas médicas u otras facturas, etc.), prueba de la razón para mudarse, incluyendo la notificación de 30, 60 o 90 días.
- Prueba de Ingresos** - Pruebas de 2 meses enteros de ingreso para todos los miembros del hogar: talonarios de pago más recientes, carta de adjudicación del SSI, carta de desempleo, carta de adjudicación de incapacidad, carta de adjudicación de cuota alimentaria para menores, etc.
- Prueba de Residencia de 6 Meses** - Facturas de servicios públicos, contrato de arrendamiento viejo/actual, dirección dentro del condado de su talonario de pago.
- Prueba de Renta Vencida** - Prueba de renta o hipoteca vencida, contrato actual de arrendamiento firmado, estado de cuenta del dueño o compañía hipotecaria con la cantidad adeudada, notificación de desalojo (con motivo para la cancelación del contrato), notificación de 3 días, o notificación de ejecución (**si aplica**).
- Contrato de Arrendamiento, Firmado** - Contrato firmado de arrendamiento (que incluya depósito de garantía, renta actual o futura, miembros del hogar) o carta de aceptación del futuro dueño.
- Para Arrendamiento "Section 8"** - Incluya "Section 8 Housing Choice Voucher" y el "Section 8 Assisted Lease" firmado, y el Informe de Inspección indicando que la propiedad ha pasado la inspección (**si aplica**).
- Identificación con Foto** - Copias de la identificación legal de todos los adultos que viven en el hogar.
- Tarjetas del Seguro Social** - Copias legibles para todos los adultos y menores que viven en el hogar.
- Formulario W-9 del Dueño** - Para renta en mora **mayor a \$600**, solo si el dueño no es LLC.
- Autorización Para Divulgación de Información**
- Carta Verificando el Dueño del Apartamento/Casa**
- Detalles del Cheque Solicitado**



HOPE CONFERENCE SOLICITUD PARA ASISTENCIA

ENVÍE LA SOLICITUD POR CORREO ELECTRÓNICO A: hopeconference.svdp@gmail.com

La Hope Conference se reúne cada 2^{do} y 4^{to} miércoles del mes para revisar las solicitudes de ayuda financiera. Para ser consideradas, las solicitudes tienen que ser recibidas el lunes antes de las reuniones y se otorgan según la disponibilidad de los fondos. Solo se revisarán las solicitudes que estén debidamente llenas.

Si no recibe un recibo de confirmación de la solicitud, por favor comuníquese con Stephen Krank: (925) 698-0377.

Agencia u Organización del Referido: _____

Persona de Contacto de la Agencia u Organización: _____

Teléfono: _____ Fecha del Referido: _____

Esta solicitud es relacionada con el COVID-19? Si No

Razón para petición: Renta/Hipoteca Servicios Transporte Otro: _____

Copia de factura(s) de servicios/otros adjunta: si no # de Cuenta: _____

Cantidad Solicitada: \$ _____ Pagar a favor de: _____

Dirección Para Envío del Cheque: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

APPLICANT INFORMATION

Jefe del Hogar Apellido: _____ Nombre: _____

Esposo u Otro Adulto Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN CON USTED

Nombre	Edad	Sexo	Nombre	Edad	Sexo

OTRAS PERSONAS EN EL HOGAR (INCLUYE NIÑOS MAYORES DE 18 AÑOS)

Nombre	Relación



HOPE CONFERENCE SOLICITUD PARA ASISTENCIA - Cont.

Fuentes de Ingresos Mensuales del Hogar	
<input type="checkbox"/> Empleo	\$
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$
<input type="checkbox"/> Cuota Alimentaria de Menores	\$
<input type="checkbox"/> TANF	\$
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$
<input type="checkbox"/> Otro:	\$
Total Ingresos Mensuales	\$

Fondos Solicitados	
<input type="checkbox"/> Renta/Hipoteca	\$
<input type="checkbox"/> Servicios	\$
<input type="checkbox"/> Transporte	\$
<input type="checkbox"/> Otro:	\$
Subtotal Fondos Solicitados	\$
Fondos de Otras Fuentes	\$ ()
Total Fondos Solicitados	\$

RESUMEN ESCRITO DEL SOLICITANTE (SE PUEDEN ADICIONAR MAS PÁGINAS SI ES NECESARIO)

ESTOY DE ACUERDO Y LA INFORMACIÓN ES VERÍDICA

Firma: _____ Fecha: _____

¿Podemos compartir su historia para ayudar a otras personas en el futuro? Al firmar abajo, usted está de acuerdo y le da permiso a St.Vicent de Paul de compartir su historia para poder ayudar a otras personas.

Firma: _____ Fecha: _____

¿Que otras medidas se han tomado para aliviar esta necesidad?



HOPE CONFERENCE SOLICITUD PARA ASISTENCIA - Cont.

FORULARIO DE PRESUPUESTO:

Por favor llene todas las secciones completamente

OBLIGATORIO PARA TODA SOLICITUD DE NIVEL 2.

SECCIÓN 1: Ingresos Mensuales del Hogar			
	Mes Anterior	Este Mes	Mes Entrante
Ingresos Totales (ver la página 3 arriba)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Alivio Covid-19: Fondos Estatales/Federales	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos Totales:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

SECCIÓN 2: Gastos Mensuales del Hogar			
	Mes Anterior	Este Mes	Mes Entrante
Renta/Hipoteca	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Impuestos (dueño de casa)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Servicios (PG&E)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Servicios: agua, basura	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Teléfono / Celular	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Comida / Artículos de aseo personal	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Seguro de Salud	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Necesidades Médicas (Prescripciones, visitas al doctor, etc.)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pagos préstamo de carro	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Seguro de carro	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Transporte (bus, gasolina, peajes, parking)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cuidado de niños	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ropa	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Lavandería	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pagos a plazos (tarjetas de crédito, préstamos)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cable / internet	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Misceláneos (entretenimiento, etc.)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Gastos Totales:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

SECCIÓN 2: Balance Mensual			
	Mes Anterior	Este Mes	Mes Entrante
Ingresos Totales (Sección 1)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Gastos Totales (Sección 2)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Excedente o Escases Mensual	\$ _____	\$ _____	\$ _____

(Ingresos Totales menos Gastos Totales)