



Concho Valley Community Action Agency

36 E Twohig, Ste B2
Phone: 325-653-2411

PO Box 671
Fax: 325-658-3147

San Angelo, TX 76902
www.cvcaa.org

2021 Aplicación

Aplicación para Servicios de Asistencia de Utilidades/Climatización y/o Agua

No permitimos avisos de desconexión para aplicaciones – favor de llamar la oficina para una cita

¡¡Favor de proporcionar copias [no guardamos copias del año pasado] de lo siguiente -- NO ORIGINALES!!

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (SIN EXCEPCIONES)

Si está aplicando para el programa de asistencia de agua solamente por la ciudad de San Angelo, no necesita el certificado de nacimiento

Lista 1: Si tienes **UNO** de estos documentos, no necesitas nada más de lista 2 y 3.

- Pasaporte de EEUU (puede ser vencido)
- Certificado de naturalización (N-550, N-570), Certificado ciudadano de EEUU (N-560, N-561), Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Residente Extranjero (I-551) (**frontal y posterior**)

Lista 2: Debe tener **UNO** de estos documentos

- **Certificado de nacimiento de EEUU** o Certificado de nacimiento del extranjero (FS-240, DS-1350, o FS-545)

Y

Lista 3: Deber tener **UNO** de estos documentos **Para asistencia del programa de agua, necesita tener una ID con foto**

- **Texas DL o ID con foto** (Todos los miembros del hogar que tengan 18 años o más – puede estar vencida máximo 2 años)
- Identificación de empleado del gobierno (ciudad, condado, estado o federal)
- Identificación de militar o Identificación de dependiente de militar

(Por favor de llamar la oficina si no tiene ninguno de los documentos de arriba, otras formas pueden ser aceptables)

****Si los documentos requeridos no son verificados o legibles por CVCAA tendrán que proveer más información****

COPIA DE PRUEBA DE TODOS LOS INGRESOS ganados en los últimos 30 días para todos los miembros del hogar 18 años o más, como: Talones de cheque, Carta de aprobación del Seguro Social del presente año (SS, SSI, SSDI), Pensión, TANF, Beneficios de Veteranos, Prestaciones de Desempleo, Cheque de utilidades de HUD, etc....

COPIA CORRIENTE DE MANUTENCION de los hijos - si no es recibido por el Fiscal General, necesitaremos una carta del beneficiario o una Declaración de Ingresos (visite nuestro sitio web cvcaa.org o solicite una copia en la oficina)

SI NO HA OBTENIDO/RECIBIDO INGRESOS los miembros del hogar de 18 años o más deben completar una Declaración de Ingresos/Sin Ingresos. (Visite nuestro sitio web o solicite una copia.)

No podemos aceptar las siguientes: Estados de cuenta bancarios, Formularios de Impuestos W2 como prueba de ingresos

COPIA ACTUAL de la cuenta de Electricidad, Gas o Propano, y si es aplicable la factura del AGUA (de la ciudad de San Angelo- COSA) (frontal y posterior) ****Cobros extras, depósitos y otros cargos necesitan ser pagados por el cliente**

Entiendo que el proceso de aplicación puede tomar hasta 60 días o más. Las aplicaciones serán procesadas en el orden recibidas y por prioridad.

CONTINUÉ PAGANDO CUALQUIERA FACTURA PENDIENTE HASTA QUE RECIBA UNA CARTA DE CVCAA INFORMANDO QUE YA ESTÁ EN EL PROGRAMA.

Falta de los documentos requeridos o aplicaciones incompletas causara un retraso del procesamiento o negación

Aplicaciones y todos los documentos pueden ser devueltos en persona, por correo postal, electrónico (mail@cvcaa.org) o por fax.

****La aplicación no es garantía de servicios, deben de calificar para los programas y sujeto a fondos disponibles****

Concho Valley Community Action Agency

Aplicación para Servicios

Programa de 2021

FAVOR DE COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS

Favor de usar la tinta negra o azul

Nombre del cliente o soporte principal de casa: _____

Dirección de residencia _____

Ciudad _____

Condado _____

Código Postal _____

Dirección postal si es diferente _____

Dirección de correo electrónico _____

Teléfono # _____

Teléfono secundario# _____

Como te enteraste de nuestros servicios: _____

***Asistencia sujeto a fondos disponibles del programa**

● **RECIBE** su familia algunos de los siguientes **Ingresos** de estos beneficios: (marcar todo lo que corresponde)

___ Jubilación de seguro social

___ TANF

___ Asistencia Veterano-

___ SSI &/o SSDI

___ HUD cheque de Utilidades

Compensación por Discapacidad Conectada

___ Pensión

___ Seguro de Desempleo

___ Asistencia Veterano -

___ Manutención de los hijos

___ Crédito por Ingresos de Impuestos

Sin Conexión por Discapacidad

___ Pensión Alimenticio o Ayuda Conyugal

___ Compensación de Los Trabajadores

relacionado con el servicio

___ Seguro de discapacidad privado

● **RECIBE** su familia algunos de los siguientes beneficios **No-Monetarios**: (marcar todo lo que corresponde)

___ SNAP (estampillas de alimentos)

___ Vivienda de apoyo permanente

___ HUD-VASH

___ WIC

___ Vale de elección de vivienda

___ Subsidio del cuidado de la Salud

___ Vivienda pública o subsidiada

___ Cupón de cuidado de niños

● **Cuales miembros de su hogar reciben estos beneficios:**

___ **TODOS EN EL HOGAR** Si no todos, quien no recibe: _____

● **Hay alguien en la casa que sea Veterano, Cónyuge sobreviviente o dependiente de Veterano:** ___ Sí ___ No

Si la respuesta es sí, cual es el nombre de la persona e indicar la categoría.

Nombre: _____ Veterano Cónyuge sobreviviente Dependiente

● **Esta residencia alguna vez ha recibido servicios del programa de climatización?** ___ Sí ___ No Cuando? _____

● **Eres DUEÑO o RENTERO de la residencia?** ___ Dueño ___ Rentero ● **En que año fue su casa construida?** _____

● **Tipo de vivienda:** ___ Casa Privada ___ Casa Móvil ___ Apartamento ___ Duplex ___ Townhome

Singular o Doble-circule uno

● **Hipoteca o Renta Mensual:** \$ _____ **Las utilidades están incluidas en la renta?** ___ Sí ___ No

● **Tipo de Aire Acondicionado:** ___ Unidad de ventana ___ Unidad central ___ Enfriador evaporativo ___ Ninguno

● **Tipo de Calentador:** ___ Calentador de gas-- Cuantos: _____ ___ Unidad central ___ Horno de pared

___ Calentador eléctrico -- Cuantos: _____ ___ Estufa – Gas o Madera ___ Otro _____

Compañía Eléctrica: _____ # de Cuenta _____ ___ Calefacción ___ Enfriamiento ___ Otro

Compañía de Gas Natural: _____ # de Cuenta _____ ___ Calefacción ___ Enfriamiento ___ Otro

Compañía de Propano: _____ # de Cuenta _____ ___ Calefacción ___ Enfriamiento ___ Otro

Tamaño del tanque: _____

Agua: *Ciudad de San Angelo (COSA)* si es otra, nombre de la compañía _____ # de Cuenta _____

FAVOR DE COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS

	1. Nombre y Apellido	2. Nombre y Apellido	3. Nombre y Apellido	4. Nombre y Apellido	5. Nombre y Apellido
	Parentesco con Usted YO	Parentesco con Usted	Parentesco con Usted	Parentesco con Usted	Parentesco con Usted
	Seguro Social	Seguro Social	Seguro Social	Seguro Social	Seguro Social
	Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento
	Sexo: ___ M ___ F ___ O	Sexo: ___ M ___ F ___ O	Sexo: ___ M ___ F ___ O	Sexo: ___ M ___ F ___ O	Sexo: ___ M ___ F ___ O
	Militar Activo ___ Sí ___ NO	Militar Activo ___ Sí ___ NO	Militar Activo ___ Sí ___ NO	Militar Activo ___ Sí ___ NO	Militar Activo ___ Sí ___ NO
	Veterano ___ Sí ___ NO	Veterano ___ Sí ___ NO	Veterano ___ Sí ___ NO	Veterano ___ Sí ___ NO	Veterano ___ Sí ___ NO
	Discapacitado ___ Sí ___ NO	Discapacitado ___ Sí ___ NO	Discapacitado ___ Sí ___ NO	Discapacitado ___ Sí ___ NO	Discapacitado ___ Sí ___ NO
Seguro de Salud marque todos que aplican	___ Medicaid ___ Medicare ___ (CHIP) Seguro de salud estatal para niños ___ Seguro de salud estatal para adultos ___ Seguro de salud de Militar ___ Compra Directa ___ Basado en Empleo ___ Ninguna	___ Medicaid ___ Medicare ___ (CHIP) Seguro de salud estatal para niños ___ Seguro de salud estatal para adultos ___ Seguro de salud de Militar ___ Compra Directa ___ Basado en Empleo ___ Ninguna	___ Medicaid ___ Medicare ___ (CHIP) Seguro de salud estatal para niños ___ Seguro de salud estatal para adultos ___ Seguro de salud de Militar ___ Compra Directa ___ Basado en Empleo ___ Ninguna	___ Medicaid ___ Medicare ___ (CHIP) Seguro de salud estatal para niños ___ Seguro de salud estatal para adultos ___ Seguro de salud de Militar ___ Compra Directa ___ Basado en Empleo ___ Ninguna	___ Medicaid ___ Medicare ___ (CHIP) Seguro de salud estatal para niños ___ Seguro de salud estatal para adultos ___ Seguro de salud de Militar ___ Compra Directa ___ Basado en Empleo ___ Ninguna
	___ Grado 0-8 ___ Grado 9-12 ___ Certificación 1año 2+años ___ Graduado del grado 12 o GED ___ Alguna educación superior ___ Graduado de la universidad de 2 o 4 años ___ Graduado de la universidad mas de 4 años	___ Grado 0-8 ___ Grado 9-12 ___ Certificación 1año 2+años ___ Graduado del grado 12 o GED ___ Alguna educación superior ___ Graduado de la universidad de 2 o 4 años ___ Graduado de la universidad mas de 4 años	___ Grado 0-8 ___ Grado 9-12 ___ Certificación 1año 2+años ___ Graduado del grado 12 o GED ___ Alguna educación superior ___ Graduado de la universidad de 2 o 4 años ___ Graduado de la universidad mas de 4 años	___ Grado 0-8 ___ Grado 9-12 ___ Certificación 1año 2+años ___ Graduado del grado 12 o GED ___ Alguna educación superior ___ Graduado de la universidad de 2 o 4 años ___ Graduado de la universidad mas de 4 años	___ Grado 0-8 ___ Grado 9-12 ___ Certificación 1año 2+años ___ Graduado del grado 12 o GED ___ Alguna educación superior ___ Graduado de la universidad de 2 o 4 años ___ Graduado de la universidad mas de 4 años
Educación	___ Indio Americano o nativo de Alaska ___ Asiatico ___ Afro Americano ___ Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico ___ Blanco ___ Otro ___ Multi-Razas (2 or mas)	___ Indio Americano o nativo de Alaska ___ Asiatico ___ Afro Americano ___ Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico ___ Blanco ___ Otro ___ Multi-Razas (2 or mas)	___ Indio Americano o nativo de Alaska ___ Asiatico ___ Afro Americano ___ Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico ___ Blanco ___ Otro ___ Multi-Razas (2 or mas)	___ Indio Americano o nativo de Alaska ___ Asiatico ___ Afro Americano ___ Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico ___ Blanco ___ Otro ___ Multi-Razas (2 or mas)	___ Indio Americano o nativo de Alaska ___ Asiatico ___ Afro Americano ___ Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico ___ Blanco ___ Otro ___ Multi-Razas (2 or mas)
	Etnicidad: ___ Hispano ___ No Hispano	Etnicidad: ___ Hispano ___ No Hispano	Etnicidad: ___ Hispano ___ No Hispano	Etnicidad: ___ Hispano ___ No Hispano	Etnicidad: ___ Hispano ___ No Hispano
Raza	___ Tiempo Completo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS ___ Medio Tiempo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS ___ Trabajador migratorio estacional o agricola ___ Desempleado (6 meses o menos) ___ Desempleado (6 meses o mas) ___ Desempleado (no en la fuerza de trabajo) ___ Retirado	___ Tiempo Completo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS ___ Medio Tiempo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS ___ Trabajador migratorio estacional o agricola ___ Desempleado (6 meses o menos) ___ Desempleado (6 meses o mas) ___ Desempleado (no en la fuerza de trabajo) ___ Retirado	___ Tiempo Completo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS ___ Medio Tiempo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS ___ Trabajador migratorio estacional o agricola ___ Desempleado (6 meses o menos) ___ Desempleado (6 meses o mas) ___ Desempleado (no en la fuerza de trabajo) ___ Retirado	___ Tiempo Completo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS ___ Medio Tiempo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS ___ Trabajador migratorio estacional o agricola ___ Desempleado (6 meses o menos) ___ Desempleado (6 meses o mas) ___ Desempleado (no en la fuerza de trabajo) ___ Retirado	___ Tiempo Completo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS ___ Medio Tiempo <u>CON</u> o <u>SIN</u> BENEFICIOS ___ Trabajador migratorio estacional o agricola ___ Desempleado (6 meses o menos) ___ Desempleado (6 meses o mas) ___ Desempleado (no en la fuerza de trabajo) ___ Retirado
	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual
Situación Laboral	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual
	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual	___ Semanal ___ Cada 2 semanas ___ Semi - Mensual *Poner las fechas: _____ ___ Mensual
Período de pago	Important information for former military services members: Women and Men who served in any branch of the United States Armed Forces, including Army, Navy, Marines, Coast Guard, Reserves or National Guard, may be eligible for additional benefits and services. For more information, please visit the Texas Veterans Portal at: https://veterans.portal.texas.gov/				
	Lista miembros adicionales en la pagina posterior or separada				

SI SOY ELEGIBLE PARA EL PROGRAMA DE UTILIDADES, MI APLICACIÓN SERA AUTOMATICA REFERIDA AL PROGRAMA DE CLIMATAZACION, SI ES APLICABLE

*SOLO RENTEROS -- tienen que proporcionar la "Forma de Permiso del Dueño"
(Vea nuestro sitio web cvcaa.org o solicite una copia en la oficina)

Todos los solicitantes tendrán que contestar las siguientes preguntas:

(excepto los que vivan en apartamento)

- ¿Se gotea su techo? ___ Sí ___ No

Si la respuesta es sí, cuanto tiempo ha estado goteando? _____

Cuantos cuartos están goteando? _____

- ¿Hay agujeros en el piso o en las paredes? ___ Sí ___ No ___ Piso ___ Paredes

- ¿Tiene su casa buen cimiento? ___ Sí ___ No

- ¿Hay Gas o Propano en la casa? ___ Sí ___ No

- ¿Las líneas del Gas o Propano son activas? ___ Sí ___ No

Si no, lista la razón: _____

- Favor de circular todos los electrodomésticos en casa que son de **Gas o Propano**:

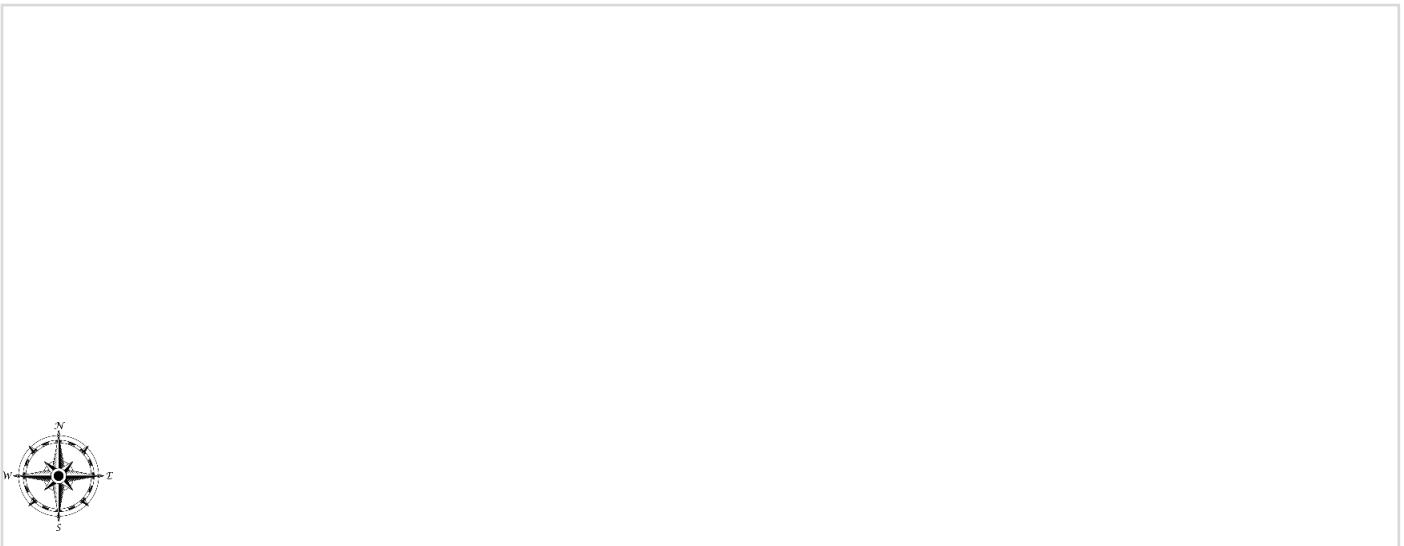
Calentador de agua Estufa Calentador de gas Horno de pared Unidad Central Otro _____

Favor de dibujar un mapa en la parte de abajo que nos muestre dónde se encuentra su casa. Sea lo más específico posible. Proporcione nombres de calles, números de carreteras del condado, puntos de referencia, etc. Es muy importante que tengamos toda la información posible para poder encontrar su casa.

Color de la casa: _____

Por favor indique el nombre de la calle que cruza más cerca: _____

Por favor proporcione información sobre cualquier punto de referencia que podamos usar para encontrar su hogar: _____



La climatización no incluye ventanas, puertas, pisos, techos, alambrado, o plomería.

AUTORIZACION, ENTENDIMIENTO Y ACUERDO DEL APLICANTE

Favor de leer y poner sus iniciales en cada declaración.

____1. Autorizó que mis respuestas a todas las preguntas anteriores y a las declaraciones que he hecho son verdades y correctas a mi saber y entender. Quien obtenga o intente obtener servicios para los que no tiene derecho, por medio de declaraciones falsas intencionales, u otros medios fraudulentos, puede ser considerado culpable de un delito penal por sanciones por fraude y una vez que se lo condene puede ser multado o encarcelado.

____2. Autorizó al Texas Department of Housing & Community Affairs (TDHCA) y CVCAA y a sus agencias contratadas a contactar a cualquier fuente para solicitar/verificar la información necesaria para una determinación de elegibilidad. Toda información será mantenida en estricta confianza para usar para los programas solamente, sea por: verificación de empleo, consumo de utilidades, etc.

____3. Entiendo que la fotocopia de esta publicación es válida como el original y se puede usar para obtener más información o verificar otra información necesaria para servicios.

____4. Si califico para asistencia de servicios públicos de CVCAA, entiendo que se pueden llevar hasta 60 días en procesar la aplicación. Entiendo que debo pagar mi factura hasta que reciba una carta de CVCAA informándome que soy elegible para recibir asistencia de utilidad.

____5. Entiendo que es mi responsabilidad en comunicarme con CVCAA dentro de los 5 días posteriores al cambio de mi proveedor de servicios públicos con el nuevo número de cuenta e información del proveedor. Si no, todos los pagos futuros serán suspendidos o cancelados.

____6. Entiendo que, para los servicios de Climatización, doy mi permiso para permitir todo el trabajo en la residencia que figura en este formulario. Entiendo que el hogar necesita ser accesible y sin obstrucciones. *Hogares que se consideren inaccesible por nuestro personal o contratistas serán negadas.*

____7. Cooperaré plenamente con el personal estatal y federal para obtener información de cualquier fuente para verificar las declaraciones que he hecho. Cooperare completamente con el personal estatal y federal en la revisión del control de calidad, fallo de cooperar resultara en negar/suspensión de todos los programas.

____8. Entiendo que pueden poner fin inmediatamente a uno o todos los servicios por las siguientes ofensas, incluyendo no solo para mí, sino a algún miembro de mi hogar: incumplimiento, lenguaje abusivo, amenazas, actos violentos, confrontación física, acoso sexual, uso de alcohol, etc. A los violadores se le pedirá que se vayan del local; policía y/o seguridad será llamada. Las ofensas pueden negar sus servicios por un tiempo determinado por CVCAA.

CVCAA está requerido en obtener prueba de ciudadanía para todos los miembros del hogar. Por Regla de Texas Administrative Code, hogares que incluyen un indocumentado tendrán los ingresos calculados, pero no serían contados en el hogar. Hogares con solamente indocumentados no son elegibles para recibir beneficios de Asistencia de Utilidades y/o Climatización. Todas las aplicaciones serán consideradas sin discriminación de raza, color, religión, credo, origen nacional, sexo, o creencia política.

X _____

Firma del Solicitante

_____ ←

FECHA

Enví los últimos 30 días de ingresos a partir de la fecha que enumeré aquí

****Si envía la aplicación por correo, favor de incluir el gasto de envío apropiado, si no la aplicación será regresada****

Office Use Only:

Application Received Complete/ Incomplete: _____

Notes/Comments: _____

Notice of incomplete Application Sent: _____

Application Processed / Denied: _____



Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE)

Formulario de Certificación del Ciudadano/Nacional de EEUU Solicitante para CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP Subrecipients, y SHTF, ESG, HHSP, EH (subdivisión política solamente)

El programa para el cual está aplicando requiere la verificación que usted es un ciudadano de los Estados Unidos de America (EEUU), un nacional no ciudadano, o un residente legal de los EEUU. Se requiere que el solicitante proporcione documentación de su ciudadanía de los EEUU o de su estatus migratorio en los EEUU. Esta agencia utiliza el Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE) para verificar el estatus migratorio de personas que no son ciudadanos de los EEUU.

Nombre los miembros del hogar	Ciudadano de los Estados Unidos de America (Nacido o Naturalizado) o Nacional de los EEUU (Si o No)	Extranjero Calificado (Si o No)	Solo para el uso de la Oficina	
			Nombre los documentos proporcionados para:	
			Ciudadanía/Extranjero Calificado	Identificación

Para agregar miembros adicionales del hogar, use otra copia de este formulario.

Soy consciente de que puedo ser sometido a un proceso judicial por proporcionar información falsa o fraudulante.

X	
----------	--

Firma del Solicitante

Fecha

--	--	--

Firma del personal certificando la verificación de documentos

Imprima el nombre del personal

Fecha

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE NECESIDADES

Si esta en necesidad de asistencia o si quiere una referencia, favor de marcar junto de la categoría.

NECESIDAD BÁSICA:

Comida _____

Comida en mi casa es: ___Suficiente ___Insuficiente

Usas el almacén de provisiones? _____Sí _____No

Ropa _____

Otro (especificar) _____

INGRESOS/EMPLEO:

Buscar Trabajo _____

Formación de Capacitación _____

Beneficios de Seguro Social _____

Manutención de los Hijos _____

Estás recibiendo manutención de los hijos? ___Sí ___No

Formación de Presupuesto _____

Mi crédito es: _____Bueno _____Deficiente

TRANSPORTACIÓN:

Trabajo _____

Está activamente buscando trabajo? ___Sí ___No

Medical _____

Otro (especificar) _____

ASISTENCIA DE UTILIDADES:

Agua _____

EDUCACIÓN:

Está en la escuela actualmente? ___Sí ___No

Está interesado en promover su educación? ___Sí ___No

Clases de GED _____

Clases de Ingles _____

Capacitación vocacional/técnica _____

Otro (especificar) _____

NECESIDAD VARIADA:

Cuidado de Niños _____

Cuidado de Ancianos _____

Legal _____

SALUD:

Atención Médica _____

Vacunas _____

Medicamentos _____

Salud Mental _____

Abuso de Sustancias _____

VIVIENDA:

Refugio Temporal _____

Vivienda de Bajos Ingresos _____

Asistencia de Renta _____

Climatización _____

Reparos (especificar) _____

Calefacción y Enfriamiento:

Ninguno en la casa _____

Necesita reparos (aún trabajando) _____

Unidad Central ___ Unidad de Ventana ___ Otro ___

Explicar _____

Necesita reparos (no trabajando) _____

Unidad Central ___ Unidad de Ventana ___ Otro ___

Explicar _____

Que tanto tiempo tiene que no trabaja _____

OTROS NECESIDADES NO LISTADAS (Especificar):

FAVOR DE RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. Su hogar se ha afectado por la actual crisis económica/ financiera por causa de la pandemia Covid- 19? Si No
2. Ha perdido su empleo o ha sido despedido de su trabajo por causa del Covid-19? Si No
3. Han aumentado sus utilidades por permanecer en su hogar a cause de la pandemia Covid-19? Si No