

ATENCIÓN: Residentes de Tempe y Fountain Hills

PROCESO DE ASISTENCIA DE SUS UTILIDADES

Los Residentes de Tempe y Fountain Hills pueden solicitar la ayuda financiera con la Electricidad, incluyendo M-Power y Cuenta de Gas. Los clientes son elegibles una vez cada 12 meses.

Su primer paso es ir a la Oficina de TCAA para recoger Un Paquete de Aplicación o está disponible en la línea www.tempeaction.org

Su segundo paso debe traer copias de todo los documentos requeridos y su Aplicación completa a la oficina TCAA.

Por favor refiérase a la lista de comprobación adjunta para reunir sus documentos.

Paquete de Aplicación incompleto tardara el servicio.

Usted tiene que proporcionarnos un número de teléfono que esté disponible.

Las aplicaciones serán procesadas dentro de 5 días de trabajo. Recibirá una llamada para que venga a la Oficina a firmar su Aplicación y su declaración jurada de Ciudadanía.

Después de que firme sus documentos, la garantía de pago será mandada a su compañía de servicios de Utilidades y su Aplicación será procesada para pagarse.

- **Cantidad limitada de recursos disponibles**

Gracias por su cooperación.



*TCAA está comprometido con una política de no discriminar basada en raza, sexo, religión, orientación sexual, discapacidad, edad, origen nacional, estado civil o cualquier condición de grupo protegido. Está política aplica a empleadores, empleados, solicitantes de empleo, clientes, posibles clientes, y contratistas.
Favor de llamar 480-350-5880 (voz) o 7-1-1 (TTY) para solicitar un ajuste razonable.*

Lista de Documentos

Usted debe proporcionar estos documentos a las ves que usted esta solicitando la ayuda. Las aplicaciones incompletas no pueden ser procesadas. Este programa no re-embolsa cuentas que han sido pagadas.

- Identificación Valido
- Acta de Nacimiento, Certificado de Naturalización, Pasaporte de Estados Unidos tarjeta de Residencia Permanente del solicitante
- Tarjeta de Seguro Social para todos los miembros de casa
- Recibos de las Utilidades mas reciente de APS,SRP,SWG, Clientes de M-Power deben traer un recibo con numero de cuenta
- Prueba de ingresos de todos los miembros de su familia de los últimos 30 días.
Mira lo siguiente:

Lista de documentos:

- Carta de los beneficios del seguro social, para el 2019.
- Talones de cheques de los últimos 30 días contando desde el día que entrego la solicitud a TCAA.
- Manutención de los niños con su número de atlas
- Desempleo información semanal una copia de www.azui.com
Por los últimos 30 días previo al día en que entrego su solicitud a TCAA.
- Si trabaja por su Cuenta Propia :**
 - Se requiere un diario personal incluyendo la fecha, el número de teléfono, nombre del cliente y cuanto recibió por los últimos 60 días.
- Si acaba de empezar un trabajo :**
 - Carta del empleador indicando la fecha y horas que va a trabajar, cuando va a empezar, cuánto será su sueldo y cuando recibirá su pago.
- Si no a tenido ingresos en los últimos 30 días:**
 - Estado de cuenta del banco si a estado sobreviviendo con sus ahorros y una carta del empleador indicando la última vez que trabajo cuando recibió su ingreso, la fecha y si le pagaron horas de vacaciones y horas de enfermedad.
 - Una carta de sobrevivencia de amigos o familiares que le han estado ayudando a pagar sus utilidades.

Tempe Community Action Agency
2146 E. Apache Blvd
Tempe, AZ 85281
480-422-8922 (teléfono) 480-361-0176 (fax)
Aplicación Para Asistencia de Utilidades

Favor de Leer— Esta forma debe ser llenada completamente favor de marcar las casillas que apliquen: Representantes de TCAA solamente aceptaran su solicitud si tiene todos los documentos en orden, debido al alto número de residentes que necesitan ayuda su solicitud será procesada dentro de 5 días hábiles. Una representante le llamara cuando su aplicación está completada. Si usted está en riesgo de desconexión o su caja M-power está sin fondos, **Es su responsabilidad** llamar su compañía de servicios actualizar sus servicios.

Nombre del Solicitante: _____ Fecha: _____

Dirección Actual: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Tenga en cuenta que algunos de nuestros recursos de ayuda financiera requieren que el solicitante tenga como verificar su presencia legal en este País. Cualquier miembro en su hogar de 18 años o mayores puede presentar documentación verificando ciudadanía o residencia legal.

Esta usted: ___ Discapacitado ___ Recluido a su hogar ___ Tiene Seguro Médico ___ Ciudadano, Ciudadano Naturalizado o Residente Legal _____

Origen étnico: es usted de origen Latino o Hispano ___ Sí ___ No ___ Raza: Africano Americano ___ Asiático ___ Nativo Americano ___ Nativo de Hawái/Islands del Pacifico ___ Blanco ___

Estado civil: Casado ___ Separado ___ Nunca ha sido casado ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___

Su lenguaje primario es: Ingles ___ Español e Inglés ___ Solo español ___ Dialecto Americano e Ingles ___ Solo Dialecto Americano ___ Orto lenguaje _____

Vivienda o Arreglos de vivienda: Casa ___ Casa Movable ___ Apartamento ___ N/A ___ Otro ___

Tipo de familia
Madre /Padre soltero _____
Dos padres en el hogar _____
Soltero/a _____
Dos adultos sin niños _____
Otro _____

Tipo de vivienda
Renta _____
Dueño _____
Sin hogar _____
Otros _____

Usted vive en sección 8 o vivienda subsidiada (de paga oficial) ___ Sí ___ No
 Está recibiendo SNAP (beneficios de estampillas de comida) ___ Sí ___ No
 ¿Si tiene niños, ya aplico para Manutención de Menores con DES? ___ Sí ___ No
 Tiene usted como verificar su presencia legal en Estados Unidos (ciudadanía o para no ciudadanos que califican). SI ___ NO ___

Nombre de la persona que recibe ingresos en el hogar	Lista de Fuentes de ingresos (Empleo, efectivo de DES desempleo a seguridad.)	Números de Teléfono (de Fuentes de ingreso)	Con que frecuencia recibe pago (semanal, mensual cada dos semanas)	Día de la semana en que recibe el pago (lunes., Martes, etc.)	Ingreso total bruto por los Últimos 30 Días

La información proporcionada arriba **no garantiza** que es elegible para recibir asistencia financiera. Esta información es únicamente con el propósito de recopilar información necesaria.

Yo certifico que he completado este cuestionario con la verdad y doy mi permiso para que el personal designado de Tempe Community Action Agency verifique esta información, incluyendo cualquier ayuda recibida en el pasado por otras agencias

Firma del Cliente

Fecha

E-Mail _____

Numero de Seguro Social	Nombre y Apellido	Genero	Fecha de nacimiento	Raza	Education K to 8 th , 9 th to 12 th GED o Colegio	Esta persona es ciudadana?	Confiada al hogar	Discapacitado	Seguro médico
1. solicitante		M H				S N	S N	S N	S N
2.		M H				S N	S N	S N	S N
3.		M H				S N	S N	S N	S N
4.		M H				S N	S N	S N	S N
5.		M H				S N	S N	S N	S N
6.		M H				S N	S N	S N	S N
7.		M H				S N	S N	S N	S N
8.		M H				S N	S N	S N	S N
9.		M H				S N	S N	S N	S N
10		M H				S N	S N	S N	S N

RAZA:

- 1. INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA
- 2. ASIATICO
- 3. AFRICANO AMERICANO
- 4. NATIVO HAWAIIANO/ISLAS DEL PACIFICO
- 5. BLANCO

- 6. INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA Y BLANCO
- 7. ASIATICO Y BLANCO
- 8. AFRICANO AMERICANO Y BLANCO
- 9. INDIO AMERICANO/ALASKA/AFRICANO
- 10. MULTIRRAZIAL