



PROGRAMA DE ASISTENCIA DE LA LEY CARES

FORMULARIO DE SOLICITUD

Solicitante - Apellido:		Primer nombre/Inicial:		# de Miembros en Hogar	
Dirección - Número y nombre de la calle:		Apto. #:	Ciudad:		Código Postal:
Dirección postal (si es diferente a la anterior):		Teléfono principal		Teléfono secundario	
Contacto para teléfono secundario	Estado civil	Ocupación	Dirección de correo electrónico		

Nivel de educación (marque la categoría apropiada)

Primaria K-5
 Escuela intermedia
 Escuela superior
 Certificación
 Algo de universidad
 Grado asociado
 Grado universitario
 Posgraduado
 Ninguno

ENUMERE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE VIVEN CON USTED (inclúyase usted primero)

(*Selección de razas: B = Negro/Afroamericano / W = Blanco / A = Asiático / AI = Indígena americano/Nativo de Alaska / O = Nativo de Hawaii u otras Islas del Pacífico) (**Etnicidad = H para hispanos o NH para no hispano)

Apellido / Primer Nombre/ Inicial	Parentesco con el solicitante	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Raza*	Etnicidad**	Identidad de género	Discapacitado (S/N)	Ciudadano E.U. (S/N)	Veterano de E.U. (S/N)
Solicitante									

POR FAVOR RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Reside usted en el Condado de Orange, Florida y paga alquiler o hipoteca? Sí No

2. ¿Para qué gasto está pidiendo ayuda para pagar(marque uno) Alquiler/Hipoteca Servicios públicos Médico

3. ¿Alguien en su hogar ha tenido una pérdida de ingresos debido a Covid-19?
 Sí No De responder sí, nombre del mie _____

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Entiendo que la información que he ofrecido ayudará a determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera a través del Programa de Asistencia Federal de CARES. Entiendo que la solicitud no garantiza que mi hogar recibirá asistencia. Certifico que soy la única persona en mi hogar que está solicitando esta asistencia. Entiendo y reconozco que si más de una persona de mi hogar solicita asistencia, ambas solicitudes serán denegadas.

 Nombre del solicitante

 Fecha