

**Covid-19 Solicitud para alivio económico**

*Solicitantes tienen que vivir en el condado de Kitsap y ser mayores de 18 años de edad.*

**Cabeza de Familia:**

El nombre de pila y apellido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección actual: (calle/ciudad/estado/código postal):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombres y edades de miembros adicionales de la familia que viven en la casa**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

**Favor de indicar sus necesidades en orden de importancia y urgencia (1=más urgente 6=menos urgente)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rango** | **Necesidad** | **Notas** | **$Cantidad solicitada** |
|  | Abarrotes | promedio mensual que gasta $\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | Renta(arriendo)/hipoteca | Cantidad mensual \_\_\_\_\_\_\_  Actual\_ Sí \_\_No |  |
|  |  | Nombre del propietario(a) |  |
|  |  | Dirección: |  |
|  |  | Teléfono: |  |
|  | Asistencia con servicios públicos | Cantidad de factura (Recibo/Cargo) $\_\_\_\_\_\_ Actual Sí \_\_NO\_\_ |  |
|  | Medicamentos/atención médica | Una vez\_\_\_ o Recurrente\_\_\_\_? |  |
|  | Transporte/Reparaciones | Explique: |  |
|  | Otro | Explique: |  |

Actual ingreso de familiares mensualmente: $\_\_\_\_\_\_ ¿Está empleado(a) en este momento? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

¿Si es así, podemos verificar su empleo? De ser así, favor de proporcionar los datos correspondientes, nombre/información de contacto

Si no podemos verificar su empleo, marque en la línea por favor\_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo ha estado haciendo/o cuál es su puesto de trabajo?

Salario base\_\_\_\_\_\_\_\_ por hora o $\_\_\_\_\_\_\_\_ por semana de su empleo actual o empleo más reciente.

¿Ha experimentado pérdida de ingreso a causa de COVID-19? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No

¿Si es así, cómo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿En el último mes, ha dado positivo por COVID-19 o ha sido recomendado por un profesional de la salud a ponerse en cuarentena o aislarse? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_No

**En Los Últimos Seis Meses ha Recibido Lo Siguiente:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **Sí** | **NO** |
| ¿Asistencia en Renta/Arriendo? |  | |  |
| ¿Asistencia en Servicios Públicos (El gas, La luz)? |  | |  |
| ¿Asistencia en impermeabilización (Medidas tomadas para proteger a las casas contra los daños causados por las tormentas y el agua)? |  | |  |
| ¿Asistencia en Veteranos? |  | |  |
| ¿Asistencia en Vivienda? | |  |  |
| ¿Programa de asistencia alimenticia para madres y bebés (WIC)? | |  |  |
| ¿Asistencia en Empleo a través de WorkSource o WIOA? | |  |  |
|  | |  |  |

Si hay cualquier otra cosa que le gustaría compartir, por favor hágalo aquí:

**Nombre Completo (Letra de molde/Imprenta)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Favor de rellenar y entregar este formulario en persona, por correo o correo electrónico:**

Kitsap Community Resources

845 8th Street

Bremerton, WA 98337

C/o COVID Navigator

Envíenlo por correo a: [covidnavigator@kcr.org](mailto:covidnavigator@kcr.org)

**Los Recursos Comunitarios de Kitsap ha estado sirviendo a la comunidad por 55 años.**

**Estamos aquí para ustedes. ¡Manténganse a sano y salvo!**

[**www.kcr.org**](http://www.kcr.org)