



SCENTRO COMUNITARIO DEL VALLE DE SAN GERÓNIMO

SOLICITUD DE DISTRIBUCIÓN DE FONDOS (COVID -19)

Fecha _____

Applicant _____ Fecha de nacimiento del solicitante _____

Dirección (calle) _____ (correo) _____

Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono _____

Email _____

Marque todo lo que corresponda:

Monoparental Mayor, 60+ Discapacitado Adulto

de niños _____ N/A _____ Siglos _____ # Total en el hogar _____

Ingreso neto mensual \$ _____ Sección 8 Alquiler \$ _____

Fuente de ingresos: Trabajo Cal Works SSI SS Desempleo Cupones de alimentos Otro Por favor enumere:

Nombre del empleador _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Cobertura de salud: médica _____ Dental _____ No _____ Visión _____ No _____

Declaración de necesidad (use el reverso si es necesario): _____

(Solicitantes por primera vez elegibles para un máximo de \$ 500, solicitantes repetidos elegibles para un máximo de \$ 250)

Monto de la solicitud: \$ _____ El fondo se utilizará para: _____

Para ser completado por el solicitante: Por la presente doy permiso al Centro Comunitario del Valle de San Gerónimo para contactar a cualquier organización que sería útil para procesar esta solicitud, y doy mi consentimiento para la divulgación de cualquier información necesaria para recibir asistencia. Este formulario se completó en su totalidad y yo o yo lo leí para firmarlo.

DE FIRMA: _____ FECHA: _____

Sólo para uso oficial

Aprobado Monto \$ _____ Iniciales _____ # de cheque _____

Denegada Razón: _____ Fecha: _____ Fecha de envío del cheque _____

Cheque a nombre de: Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Toda la información debe ser mantenida en estricta confidencialidad por aquellos que consideren su solicitud.
No hay garantía de que se apruebe una solicitud.

6350 Sir Francis Drake Blvd, PO Box 194, San Geronimo, CA 94963

415-488-8888 www.sgvcc.org

Correo electrónico: covid19fund@sgvcc.org con preguntas y para enviar la solicitud