



PROGRAMA DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA (EARP)

HOJA DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN DE LOS SOLICITANTES

INTRODUCCIÓN

Reconociendo que la pandemia del COVID-19 está causando dificultades financieras sin precedentes para muchos residentes del Condado de Montgomery, EARP brinda asistencia financiera inmediata a los hogares que no son elegibles o que no se beneficiarán directamente de la ayuda federal o estatal ofrecida debido al COVID-19.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE | JEFE DE FAMILIA

Por favor recopile la siguiente información por cada solicitante, y su ingreso familiar.

| NOMBRE DEL SOLICITANTE | | |
|------------------------|---------------|---------|
| APELLIDO | PRIMER NOMBRE | INICIAL |
| | | |

| INFORMACIÓN PARA CONTACTARLO | | | |
|------------------------------|--|--|--|
| CORREO ELECTRÓNICO | | | |
| TELÉFONO | | | TIPO <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO |
| ALTERNO | | | TIPO <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO |

| DOMICILIO | | |
|-----------|--------------------|--------------------|
| NÚMERO | NOMBRE DE LA CALLE | No. DE APARTAMENTO |
| | | |
| CIUDAD | | ZONA POSTAL |
| | | MD |

| DATOS DEMOGRÁFICOS | | | |
|----------------------|-----|-----|--|
| LENGUAJE QUE PREFERE | | | GÉNERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OTRO |
| FECHA DE NACIMIENTO | AÑO | MES | DIA |
| | | | |

| INGRESO ACTUAL DE LA FAMILIA | |
|------------------------------|---|
| INGRESO FAMILIAR | POR <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO |

| INGRESO MÁXIMO PARA SER ELEGIBLE | | | | | | | | |
|----------------------------------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| No. DE MIEMBROS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| INGRESO ANUAL | \$6,380 | \$8,620 | \$10,860 | \$13,100 | \$15,340 | \$17,580 | \$19,820 | \$22,060 |
| INGRESO MENSUAL | \$532 | \$718 | \$834 | \$1,092 | \$1,278 | \$1,465 | \$1,607 | \$1,838 |

INFORMACIÓN DE LOS HIJOS | Y MIEMBROS DE LA FAMILIA

Por favor recopile la siguiente información por cada hijo/a del solicitante, y miembros de la familia.

| MIEMBRO DE LA FAMILIA # 1 | | | | | | |
|-----------------------------|-----|-----|---------------|--------|---|---------|
| APELLIDO | | | PRIMER NOMBRE | | | INICIAL |
| | | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | AÑO | MES | DÍA | GÉNERO | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OTRO | |
| RELACIÓN CON EL SOLICITANTE | | | | | | |
| | | | | | | |

| MIEMBRO DE LA FAMILIA # 2 | | | | | | |
|-----------------------------|-----|-----|---------------|--------|---|---------|
| APELLIDO | | | PRIMER NOMBRE | | | INICIAL |
| | | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | AÑO | MES | DÍA | GÉNERO | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OTRO | |
| RELACIÓN CON EL SOLICITANTE | | | | | | |
| | | | | | | |

| HOMIEMBRO DE LA FAMILIA #3 | | | | | | |
|-----------------------------|-----|-----|---------------|--------|---|---------|
| APELLIDO | | | PRIMER NOMBRE | | | INICIAL |
| | | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | AÑO | MES | DÍA | GÉNERO | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OTRO | |
| RELACIÓN CON EL SOLICITANTE | | | | | | |
| | | | | | | |

| MIEMBRO DE LA FAMILIA #4 | | | | | | |
|-----------------------------|-----|-----|---------------|--------|---|---------|
| APELLIDO | | | PRIMER NOMBRE | | | INICIAL |
| | | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | AÑO | MES | DÍA | GÉNERO | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OTRO | |
| RELACIÓN CON EL SOLICITANTE | | | | | | |
| | | | | | | |

| MIEMBRO DE LA FAMILIA #5 | | | | | | |
|-----------------------------|-----|-----|---------------|--------|---|---------|
| APELLIDO | | | PRIMER NOMBRE | | | INICIAL |
| | | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | AÑO | MES | DÍA | GÉNERO | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> OTRO | |
| RELACIÓN CON EL SOLICITANTE | | | | | | |
| | | | | | | |

(Por favor copie esta página/PDF si usted necesita añadir otros miembros de la familia)

INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO

Por favor sume el número de miembros de la familia, incluyendo al solicitante. Use la tabla gris de abajo para calcular el pago que recibirá. También seleccione su método preferido de pago (sujeto a disponibilidad).

| TAMAÑO DE LA FAMILIA | | CANTIDAD Y MÉTODO DE PAGO | |
|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|--|
| No. DE ADULTOS (19 O MAYORES) | No. DE HIJOS (MENORES DE 19) | CANTIDAD ESTIMADA DE PAGO | MÉTODO PREFERIDO DE PAGO |
| | | | <input type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/> DÉBITO <input type="checkbox"/> ACH |



| INGRESO MÁXIMO AL QUE ES ELEGIBLE | | | | | | |
|-----------------------------------|----------|-------|------------------|---------|---------|---------|
| NÚMERO DE HIJOS | NO HIJOS | | 1 | 2 | 3 | 4+ |
| No. DE ADULTOS | 1 | 2 | CUALQUIER NÚMERO | | | |
| CANTIDAD DEL PAGO | \$500 | \$850 | \$1,000 | \$1,150 | \$1,300 | \$1,450 |

DATOS DEL SOLICITANTE | JEFE DE FAMILIA PARA PRÓPOSITOS ESTADÍSTICOS

Por favor proporcione la siguiente información acerca del solicitante, para propósitos estadísticos. Sus respuestas en esta sección no afectarán su elegibilidad o la cantidad de pago que recibirá.

| DATOS DEMOGRÁFICOS | |
|--|------|
| ETNICIDAD | RAZA |
| <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> NO HISPANO | |

Por favor enumere los ingresos obtenidos por el solicitante y su familia, y el tipo de trabajo al que se dedicaban antes de la pandemia del COVID-19.

| INGRESO QUE SE TENÍA ANTES DEL COVID-19 | |
|---|---|
| INGRESO FAMILIAR ANTES DEL COVID | POR <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO |
| TIPO DE EMPLEO/TRABAJO PRE-COVID | |

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL SOLICITANTE

para recibir asistencia de emergencia. Certifico que NO soy elegible para el seguro de desempleo de Maryland (*unemployment*) o para los pagos de estímulo federal administrados por el IRS. Certifico que NO he obtenido todavía, ni tampoco he sido referido a esta asistencia de emergencia por ninguna otra organización. También confirmo la exactitud de la información proporcionada arriba, incluidos los ingresos de mi hogar, la composición del hogar, y la residencia del condado. Entiendo que mi información se ingresará en la Plataforma de Asistencia de Emergencia (EAP) y se compartirá sólo con el personal autorizado de EARP. Además, entiendo que soy responsable de informar a la agencia que me refirió si mi situación cambia, así como si cambio mi dirección o números de teléfono de contacto.

Firma

Nombre en Letra de Imprenta

Fecha