Center of Hope, Inc.
HOMELESSNESS PREVENTION PROGRAM

Solicitud de Project DESERVE

Este programa da ayuda a los clientes actuales de Westar Energy. Las solicitudes se pueden entregar por el servicio de correos a Center of Hope Inc., P.O. Box 3237, Wichita, KS 67201; por fax (316) 267-7778; o por correo electronico ProjectDeserve@centerofhopeinc.org. Inscripcion por internet esta disponible en centerofhopeinc.org. Favor de leer la pagina 3 para más información importante y requisitos. La ayuda se basa en los fondos disponibles y determinada para las primeras solicitudes recibidas y que demuestren que necesitan la ayuda financiera.

Un miembro de su casa tiene que satisfacer una de las siguientes categorías para ser elegible para este programa: (marque todos los que le apliquen)

☐ Tiene 65 años o mas o recibe ingresos permanentes por discapacidad de SSi o SSD

Si es aprobado, usted será atendido con la cantidad adeudada en su cuenta en el momento de la revisión, hasta $ 300.

O

☐ Satisface las estipulaciones de los ingresos de abajo

Si es aprobado, usted será atendido con la cantidad adeudada en su cuenta en el momento de la revisión, hasta $ 100.

Información de casa

Haga una lista de **todos** los miembros de su casa. Su cuenta de Westar tiene que estar a nombre de un adulto que vive en su casa. Empiece con la persona a cual el nombre esta la cuenta.
Por favor escriba claro

Nombre (apellido, primer nombre, medio) (todos en casa)	**Numero de seguro social** (solo adultos)	**Sexo M o F**	**Edad**
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Casa	**Ingresos brutos** (no incluyendo estampias de comida)	
Tamaño	**Anual**	**Mes**
1	$13,850	$1,154
2	$15,800	$1,317
3	$17,800	$1,483
4	$19,750	$1,646
5	$21,350	$1,779
6	$22,950	$1,913
7	$24,500	$2,042
8	$26,100	$2,175

Telefono de Aplicante: _____ **Correo Electronico de Aplicante:** _____

_____

Dirrecion **Ciudad** **Estado** **Codigo Postal** **Condado**

Porfavor indique porque necesita ayuda con su factura:

☐ No hay suficiente ingresos mensuales

☐ Perdida de ingresc

☐ Una factura de utilidades mas cara de lo normal

☐ Una cuenta medica mas cara de lo normal

☐ Otra cosa (por favor explique) _____

Por favor indique la informacion de su factura de servicios publicos:

Nombre del Servicio: _____ Total de la cuenta: _____

Numero de Cuenta: _____

Gastos

GASTOS MENSUALES	Cantidad pagado en los ultimos 30 dias	
Renta		
Electricidad		
Gas		
Agua		
Basura		
Cable		
Internet		
Telefono		
Estampias de comida		
Comida (propio $)		
Casa		
Ropa		
Lavanderia		
Carro (pago)		
Seguro de carro		
Gas/transportacion		
Otros seguros		
Pagos de tarjetas de credito		
Prestamos de dia de Pago		
Prestamos de estudiante		
Otros pagos de prestamos		
Cuidado de niños		
Medico/hospital		
Diezmos/contribuciones		
Cigarrillos/ Alcohol		
Recreacion		
Multas		
Otro		
TOTAL*		

* *El total debe ser de acuerdo con los ingresos*

Ingresos

Nombre de la persona	Tipo de trabajo	Cantidad recibida en los ultimos 30 dias
		$
		$
		$
		$
		$
		$
	Cupones de alimentos	$
	De ahorro	$
Total de los ingresos mensuales		$
Prestados (Indique los que aplican)	☐ Amigo ☐ Familia ☐ Prestamos de dia de pago	$
	Total *	$

** El total debe ser de acuerdo con los gastos*

IMPORTANTE!

Por favor incluya todo tipo de ingresos de TODOS los miembros de la casa

Ejemplos de ingresos incluyen: de empleo, SSD, SSI SS, TAF, estampillas de comida, desempleo, compensación del trabajo, ayuda económica para los niños, pensión alimenticia, ayuda general (GA), etc.

Se necesita una verificación escrita oficial para cada tipo de ingresos.

Ejemplos de verificaciones incluyen: talones de cheques por los 30 días pasados, una carta de la oficina del seguro social (del año actual), documentación de SRS, documentación de la oficina de desempleo, etc.

POR FAVOR NO ENVIE DOCUMENTOS ORIGINALES. SOLO ENVIE COPIAS. SE DESTRUYEN TODOS LOS DOCUMENTOS DESPUES DE REVISARLOS.

Por favor lee la siguiente página (p. 3) con cuidado

VerificaciónNecesaria

Verificación escrita de su situación es necesaria para que su solicitud de ayuda sea considerada. Con esta solicitud firmada, también tiene que incluir **COPIAS** de lo siguiente:

- Copias de las verificaciones actuales por cada tipo de ingresos de todos los miembros de su casa por los 30 días pasados
- Una copia de su cuenta actual de Westar Energy
- Otra factura de servicios publicos o la factura del telefono a su nombre en esta direccion.

NO INCLUYA copias originales porque no se las devuelven. Todos los documentos se destruyen después de revisarlos.

Información para notificarle

Se le notificará, por escrito, de nuestra decisión. Por favor permita hasta 4 semanas para recibir una notificación por correo. Por favor devuelva la aplicación y verificación completado usando uno de los siguientes:

Fax: (316) 267-7778

Correo Electronico: ProjectDeserve@centerofhopeinc.org

Correo: Center of Hope Inc.
Project DESERVE
P.O. Box 3237
Wichita, KS 67201

Internet: centerofhopeinc.org

POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE CON CUIDADO ANTES DE FIRMARLO

La firma de abajo significa que entiendo y consiento de todo lo siguiente:

- ✓ . Entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar la prueba actual de todos los ingresos de los hogares, una copia actualizada de mi factura de servicios públicos y otra factura mensual en mi nombre para determinar mi elegibilidad.
- ✓ Entiendo que tengo que seguir haciendo los pagos regulares a mi proveedor de energía y que cualquier beneficio de Project Deserve que se reciban no tomar el lugar de mi responsabilidad de pagar el vendedor Entiendo que se determina mi elegibilidad por las reglas de Project Deserve.
- ✓ **Entiendo que esta ayuda es disponible solamente una vez al año a las solicitudes que se reciban primero y que demuestran que necesitan ayuda financiera.**
- ✓ Autorizo mi compañía de utilidades a dar la historia de pagos y otra información al Center of Hope. También autorizo al Center of Hope a dar información sobre mi solicitud a mi compañía de utilidades.
- ✓ **Entiendo que las solicitudes que no están completas con toda la información o verificación no se procesan y se destruyen.**
- ✓ **Certifico que toda información que he proporcionada es completa y exacta.**

Firma del miembro adulto de la casa _____ Fecha _____ ( ) Número del teléfono del día

Center of Hope, Inc.
HOMELESSNESS PREVENTION PROGRAM

Project DESERVE
P.O. Box 3237
Wichita, KS 67201