

Estimado/a solicitante,

Gracias por aplicar para la asistencia de nuestra organización ***Rebuilding Together El Paso Inc.*** En cuanto nos llegue su aplicación será revisada por nuestro comité responsable de determinar si usted califica para el programa o no. Esta organización opera bajo las leyes del gobierno de la ciudad de El Paso y tenemos que seguir sus reglas.

Para calificar, usted tiene que:

* **Ser dueño/a de la casa donde se requiere la ayuda**
* **Ser una persona de la tercera edad (62 años o más) o estar incapacitado**
* **Tener el sueldo o los fondos de retiro que HUD ha establecido para determinar si usted es una persona de bajos recursos**
* **Vivir dentro de los límites de la Ciudad de El Paso**

Si usted no queda dentro de estas condiciones, favor de no enviar su aplicación. No podremos brindarle nuestra ayuda. Si su situación cae bajo estos requisitos, favor de mandar su aplicación completa y firmada a esta dirección:

**Rebuilding Together El Paso Inc.**

**6400 Airport Rd. Ste. G**

**El Paso, TX 79925**

Por favor este consiente que nuestros recursos son limitados al hacer reparaciones. También tenga en cuenta que la asistencia no es inmediata. Nosotros nos enfocamos en hacer reparaciones que más afectan su seguridad, salud, y bienestar. No tenemos recursos para ayudarle con pagos de la casa, servicios, ropa, o muebles.

Cordialmente,

El equipo de ***Rebuilding Together El Paso***

(Para uso oficial únicamente)

*Logo, company name

Description automatically generated# de aplicación \_\_\_\_\_\_\_ Fecha receibida :\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Aplicación Para Reparaciones**

*# distrito \_\_\_ Año de construcción : \_\_\_\_\_ Valor : \_\_\_\_*

*Flood zone y/N : \_\_\_*

**Por favor escriba con letra de molde y conteste todas las preguntas. Si el documento no esta completo, tendremos que devolverlo. El dueño del hogar tiene que firmar al final.**

**La aplicación tiene que ser llenada por el dueño/a o en su nombre:**

Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# de tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de tel. Alternativo : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estructura Familiar:**

¿Es Ud. dueño de su casa?: \_\_\_ Si \_\_\_\_ No El dueño es de sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_\_

El dueño es veterano de EU: \_\_\_ Si \_\_\_\_ No El dueño esta discapacitado\*: \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no

Si Ud. es abuelo/a, viven sus nietos con usted? \_\_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Cuantos años ha vivido en su hogar?: \_\_\_\_\_ Tiene seguro de hogar : \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

Indique el numero de personas que viven en su hogar y sus edades (incluyéndose a usted):

Numero de hombres \_\_\_\_\_\_ Edades \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de mujeres \_\_\_\_\_Edades \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de residentes con discapacidades serias\* \_\_\_\_\_\_\_ (Lea la descripción en la otra pagina)

Cuantas vezes te caíste en el baño los últimos 12 meses ¿ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ingresos:**

**Por favor, indique todos los ingresos mensuales que Ud. recibe:**

Pensiones de retiro(s): $ \_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro Social: $ \_\_\_\_\_\_\_\_ SNAP (food stamps): $ \_\_\_\_\_\_\_ SSI: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compensación VA: $ \_\_\_\_\_\_\_\_ Otros (por favor especifique): $ \_\_\_\_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor indique todos los ingresos mensuales de todas las personas que viven con usted:**

Seguro Social: $ \_\_\_\_\_\_\_\_ Cheque de discapacidad: $ \_\_\_\_\_\_\_\_ Compensación de VA $ \_\_\_\_\_\_\_

SNAP (food stamps): $ \_\_\_\_\_\_\_\_ Otros (por favor especifique): $ \_\_\_\_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Suppl. Seguro Social (SSI): $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sume el **TOTAL DE TODOS LOS INGRESOS** (personales y de los habitantes de su casa) que reciben mensualmente e indique el total aquí:

**TOTAL DE INGRESOS MENSUALES**: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por mes

¿Cómo se enteró de Rebuilding Together : Vecini/Amigo \_\_\_\_Remisión \_\_\_\_Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuales son las reparaciones más necesarias en su casa? (Por favor liste y explique):

***\*\*¿Necesita Pintar su Casa?*** \_\_ **Exterior** \_\_ **Interior** \_\_ **Todo**

Dropbox>Standard Forms>Home Review Documents> D02-S Aplicaćion/Eligibilidad

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



**Aplicación Para Reparaciones**

Por favor envié esta aplicación a: **Rebuilding Together, El Paso Inc.**

**6400 Airport Rd.**

**Building A Ste. G   
El Paso, TX 79925**

**\*Seriamente discapacitado**: El Censo de los Estados Unidos indica que las personas sean clasificadas seriamente discapacitadas si: (a) están en silla de ruedas o otro tipo de aparato (por ejemplo un andador) por un periodo de mas de seis meses, (b) son incapaces de realizar una o más "actividades funcionales" o necesitan ayuda con una actividad de la vida diaria (ADL) o actividad instrumental de la vida diaria (IADL), (c) no pueden trabajar o hacer labores domesticas, (d) sufren de condiciones médicas como autismo, parálisis cerebral, Alzheimer’s, senilidad, o discapacidad intelectual. Personas menores de 65 años de edad que reciben Medicare o asistencia SSI también son clasificados como seriamente discapacitados.

Su aplicación sera revisada por el Comité de Evaluación de Hogares de ***Rebuilding Together El Paso Inc.***, para determinar si califica bajo los procedimientos de esta organización. (vea la carta incluida con esta aplicación para mas detalles sobre nuestra critica para candidatos). Usted recibirá una carta la cual le comunicará si usted califica o no para recibir asistencia. Por favor tenga en cuenta que incluso si califica, nuestra asistencia depende de los fondos disponibles y de la cantidad de trabajo que podemos hacer.

***Rebuilding Together*** es una organización sin fines de lucro formada en su totalidad por voluntarios y dependiente de donaciones y subsidios. Los solicitantes calificados serán colocados en una lista de espera para prospectos hasta que los fondos estén disponibles para proveerle ayuda. Cuando los fondos sean accesibles, un miembro del Comité de Evaluación de Hogares se comunicará con usted para programar una visita a su hogar y repasar con usted las reparaciones que usted está solicitando por medio de esta aplicación.

**¿Tiene usted mascotas (perros, gatos, etc.)? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_**

Tenga en cuenta que al firmar esta forma usted acepta hacerse responsable de trasladar a sus mascotas fuera del area de trabajo hasta que Rebuilding Together El Paso Inc., termine de hacer las reparaciones acordadas en su hogar. Le advertimos que el trabajo no se podrá realizar por nuestros voluntarios o contratistas mientras sus mascotas estén en el area de trabajo.

Además, le avisamos que la falsificación de cualquier información que usted ha incluido en esta aplicación puede resultar en la conclusion inmediata de cualquier asistencia que ***Rebuilding Together El Paso Inc.***, le este proporcionando.

Favor de firmar esta forma para ser considerado/a y como consentimiento para conducir esta inspección de su hogar.

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

Nombre del Solicitante (Letra de Molde) Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Enviado por: \_\_\_\_\_ Usted

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Trabajador/a Social

\_\_\_\_\_ Otro

Agencia/ Nombre de Organización:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de trabajador(a) social/ Representante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dropbox>Standard Forms>Home Review Documents>D02-S Aplicaćion/Eligibilidad



