SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE AYUDA DE EMERGENCIA PARA PREVENIR DESALOJAMIENTO

SECCIÓN A (Para ser completado por el HREW)

CASE NAME:	CASE NUMBER:	EW FILE NO.	DATE OF APPLICATION:
CURRENT ADDRESS:	CITY/STATE/ZIP CODE:		PHONE NUMBER:

SECCIÓN B (Para ser completado por el solicitante/participante)

1. ¿Reside Ud. actualmente en el Condado de Los Angeles? ☐ SÍ ☐ NO
2. ¿Recibe Ud. actualmente asistencia de CalWORKs? ☐ SÍ ☐ NO
3. ¿Está Ud. empleado (marque uno) tiempo completo/ parte de tiempo? ☐ SÍ ☐ NO
4. ¿Está Ud. Participando en el programa de GAIN? ☐ SÍ ☐ NO
5. ¿Alcanzó Ud. el límite de tiempo en CalWORKs? ☐ SÍ ☐ NO
6. ¿Está Ud. pasando una crisis financiera que podría dejarlo sin hogar? ☐ SÍ ☐ NO
7. Sí contestó SÍ a la pregunta 6. ¿Cuál es la crisis financiera? (**Nota:** Sólo los elementos enumerados a continuación califican como una crisis financiera)

	Subvención de CalWORKs fue reducida o terminada por el límite de tiempo		Pérdida de empleo
	Nivel de ingreso reducido		Aumento en el alquiler de su vivienda
	Gastos médicos no cubiertos por Medi-Cal u otro seguro médico		Reparaciones de su automóvil
	Emergencias inesperadas (p. ej. funeral de su cónyuge o un hijo)		Costo de matrícula para padres y/o hijos
	Víctima de un crimen		

8. ¿Cuál de las siguientes usted necesita y cuánto?

	Pago atrasado de alquiler de su vivienda	$		Pago atrasado de los servicios Públicos (Gas)	$
	Pago atrasado de los servicios Públicos (Agua)	$		Pago atrasado de los servicios Públicos (Electricidad)	$
Cantidad Total Solicitada $					

9. Estoy de acuerdo en pagar $_____ del total de los costos atrasados de la renta / servicios públicos.

Entiendo que para evaluar mi solicitud para el programa EAPE, debo proporcionar todos los documentos solicitados a mi Trabajador de Elegibilidad de Recursos de Vivienda (HREW) y seguir cumpliendo con todos los requisitos del programa. Además, entiendo que si estoy aprobado para el programa EAPE, debo proporcionar documentación que verifique mis gastos en las fechas específicas por mi HREW o puedo estar sujeto a procedimientos de pago excesivo. Además entiendo que toda la documentación proporcionada por mí a mi HREW será verificada por DPSS.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

SECTION C (To be completed by HREW) **SÓLO PARA USO DEL CONDADO**

FINANCIAL HARDSHIP DETERMINATION

☐ **Reduction/Stoppage of CalWORKs** ☐ **Job Loss** ☐ **Automobile Repairs**
☐ **Substantial Increase in Rent** ☐ **Change in Income Level** ☐ **Tuition for parents and/or children**
☐ **Medical Expenses not covered by Medi-Cal or Other Insurance**
☐ **Unexpected Emergencies (e.g., funeral expenses for a spouse or a child)**

Documentation:		**Yes**		**No**	**Date:**

Property Verification (Property Services Hotline)

Property's Address:	
Unit # (if rental is of a set of units):	
Owner's Name:	
Owner's Mailing Address:	

Approval/Denial Determination

EAPE Approved	
EAPE Denied	
Total Amount Requested	**$**
Minus Participant's Portion of Late Rent/Utility Costs	**$**
Total Amount Approved	**$**

HREW Signature: _____ **Date:** _____

Original: Case File
Copy Participant