



CITY OF MOUNTAIN VIEW

FINANCE AND ADMINISTRATIVE SERVICES DEPARTMENT  
 500 Castro Street • Post Office Box 7540 • Mountain View, California 94039-7540  
 650-903-6317 • FAX 650-968-1786

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE FACTURAS DE SERVICIOS PÚBLICOS DURANTE COVID-19 (Cuentas Residenciales Solamente)**

**1. USTED Y SU NUCLEO FAMILIAR**

Nombre del Solicitante (como aparece en su cuenta)

No. de Cuenta (12 dígitos)

Dirección de Servicios, Ciudad, Estado, Código Postal

# de Teléfono Principal

# de Teléfono Alternativo

Correo Electrónico

Número de personas en su familia en este domicilio: Adultos \_\_\_\_ + Niños (menores 18) \_\_\_\_ = 0

**2. Criterios de Elegibilidad por Dificultad Económica**

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Pérdida de Empleo                                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Reducción de horas de trabajo/salario                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Aumentos en costos médicos                              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Aumentos en costos de cuidado infantil                  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Ingreso es inferior al 80% del IMA (ver próxima página) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

**3. DECLARACIÓN Y CERTIFICACIÓN PERSONAL**

Al firmar esta declaración, bajo pena de perjurio, certifico que soy elegible para el Programa de Asistencia de Facturas de Servicios Públicos de la Ciudad de Mountain View COVID-19. Reconozco que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud.

- Resido en la dirección de servicio arriba mencionada y la factura de servicios está a mi nombre.
- He incluido mi factura de servicios más reciente con esta solicitud.
- Recibiré un crédito único de 50 dólares que se aplicará en mi próxima factura de servicios.
- Entiendo que este programa se ofrece por orden de llegada hasta que se agoten los fondos.
- Los saldos sin pagar de mis facturas siguen siendo mi responsabilidad y tengo la intención de pagarlos en su totalidad.
- La información que he proporcionado aquí es verdadera y correcta.

Firma del Titular de la Cuenta

Fecha

Envíe documentos (solicitud completa, firmada y con última factura de sus servicios públicos) a la dirección que aparece en la parte de arriba de la solicitud. También puede entregarla en el buzón de Pagos de Facturas ubicado a la izquierda de la entrada del Ayuntamiento (City Hall)

FINANCE DEPARTMENT USE ONLY			
Date Received _____	Status	A D	Status Date (UBS) _____ Staff Initial _____



FINANCE AND ADMINISTRATIVE SERVICES DEPARTMENT  
500 Castro Street • Post Office Box 7540 • Mountain View, California 94039-7540  
650-903-6317 • FAX 650-968-1786

**En el 2020 el Ingreso Medio Familiar para el Condado de Santa Clara es de \$141,600.**

**El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de los Estados Unidos establece límites de ingreso a partir del Ingreso Medio del Área (IMA) para cada Condado en el estado.**

<b>MIEMBROS EN EL HOGAR</b>	<b>INGRESO LÍMITE</b>
1 Persona	\$78,550
2 Personas	\$89,750
3 Personas	\$100,950
4 Personas	\$112,150
5 Personas	\$121,150
6 Personas	\$130,100
7 Personas	\$139,100
8 Personas	\$148,050