

Aplicación Programa ARPA Año 22-24

Aplicaré para: Academia de temprano aprendizaje Programa de después de escuela/ Campamento

Nombre de Academia/ Programa de después de escuela/ Campamento: _____

Apellido del Cliente: _____ Primer nombre del Cliente: _____

Dirección del Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono: _____ Email: _____

Información de dependientes interesados en inscribirse en el programa ARPA:

Nombre: _____ Nacimiento: ____/____/____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Nacimiento: ____/____/____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Nacimiento: ____/____/____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Nacimiento: ____/____/____ Parentesco: _____

Para comprobar elegibilidad a este subsidio favor de proveer los siguientes documentos:

Comprobante de residencia dentro de los límites de la ciudad de El Paso

- Copia de licencia de conducir (Si no es de El Paso, proporcionar uno de los siguientes documentos)
 - Recibo de servicio público o contrato de arrendamiento bajo el nombre del cliente
 - Forma de reconocimiento de residencia **(Solo si es aplicable)**

Comprobante de ingresos

- Forma 1040 de declaración de impuestos del año 2022 (Preferible) o del año 2021
- Talones de pago más recientes de los últimos 3 meses de **TODOS** los miembros del hogar con ingresos
 - Mensual – 3 Talones
 - Bimensual – 6 Talones
 - Semanal – 12 Talones
- Cualquier otro ingreso del hogar (Por ejemplo, Seguro Social, Jubilación): _____

Firma del Cliente / Guardián legal

Fecha de entrega

SOLO PARA USO DE OFICINA

Firma del Director/ Personal de Recepción:

1. _____
(Nombre)

(Firma)

Cuota del programa: \$ _____

Coordinador del programa:

Fecha de aprobación: _____

Aprobada por: _____

Fecha de Inicio: _____

Fecha de vencimiento: Hasta disponibilidad de fondos, o hasta **12/14/24**

Forma de Elegibilidad Programa ARPA 22-24

Numero de miembros en el hogar (Por favor seleccionar uno de los siguientes):

1 2 3 4 5 6 7 8 Más de 8: _____

Proporcione el ingreso familiar bruto anual actual combinado de su hogar para el año: \$ _____

Proporcione la información de *TODOS* los miembros del hogar, incluido usted, que viven en la dirección: Incluya empleador, y/o ingresos adicionales (Por ejemplo, ingresos recibidos de asistencia a Veteranos, Seguro Social, Retiro, Manutención de los hijos/ Child Support)

1. Nombre	Empleador / Fuente de Ingresos
Cantidad de ingreso / Frecuencia del ingreso	Parentesco con el Participante
2. Nombre	Empleador / Fuente de Ingresos
Cantidad de ingreso / Frecuencia del ingreso	Parentesco con el Participante
3. Nombre	Empleador / Fuente de Ingresos
Cantidad de ingreso / Frecuencia del ingreso	Parentesco con el Participante
4. Nombre	Empleador / Fuente de Ingresos
Cantidad de ingreso / Frecuencia del ingreso	Parentesco con el Participante
5. Nombre	Empleador / Fuente de Ingresos
Cantidad de ingreso / Frecuencia del ingreso	Parentesco con el Participante

¿El cliente está deshabilitado? Sí No

¿El cliente es Veterano? Sí No

¿El cliente está en el Servicio de USA? Sí No

¿Es su hogar encabezado por una mujer? Sí No

Etnia –

Hispano No-Hispano

Raza –

Blanca

Negro o Afroamericano

Asiático

Indio Americano/ Nativo de Alaska

Indio Americano/ Nativo de Alaska y Negro

Otro Multirracial

Native Hawaiian/ Other Pacific Islander

Indio Americano/ Nativo de Alaska y Blanco

Asiático y Blanco

Negro o Afroamericano y Blanco

Asiático y Negro o Afroamericano

Otro: _____

Forma de Reconocimiento ARPA Año 22-24

Afirmo que toda la información proporcionada dentro de esta certificación es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que estoy aplicando para asistencia federal destinada a beneficiar a personas afectadas por la pandemia de COVID-19 y doy fe de que yo y/o mi hogar hemos sido afectados por la pandemia de COVID-19. Mi firma abajo adicionalmente proporciona autorización para que la Ciudad de El Paso, el Departamento de Tesorería de los EE.UU. ARPA y sus empleados revisen la información contenida en este formulario.

Nombre del Apicante / Guardián Legal

Firma del Apicante / Guardián Legal

Fecha de Entrega

****SOLO PARA USO DE OFICINA****

- El ingreso familiar es igual o inferior al 300% de las pautas federales de pobreza
- El hogar reside dentro de los límites de la Ciudad de El Paso

Firma del Coordinador del Subsidio

Fecha