



Aplicación para Programas de Asistencia de BPUB

Seleccione un programa a continuación. Mas detalles en <https://www.brownsville-pub.com>



ELIAP

(Edad Mayor - Bajos Ingresos)



SHARE

(Dificultad Financieras)

Estoy aplicando en relación a los siguientes requisitos Desempleado Subempleado Bajos Ingresos Otro

Fue beneficiario de un programa de BPUB en los últimos 12 meses? Si No En caso de "Si" cual? SHARE ELIAP

Información del Cliente

No. de Cuenta _____

Nombre Completo (Apellido, Nombre[s]) _____ ID # _____

Fecha de Nac. (mm/dd/aaaa) _____ Edad _____ SSN* _____ Discapacitado Selec. si afirmativo

*No es un requisito para calificar

Domicilio (Servicios de BPUB) _____
Calle _____ Numero _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

E-mail _____ Teléfono de Casa: _____ Celular _____

Lista de Miembros de Familia Adicionales que Habitan en Domicilio

Nombre	SSN	Fecha de Nacimiento	Parentesco
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____
6 _____	_____	_____	_____

Total de habitantes en el domicilio: _____ Utilice hojas adicionales si hay mas de 6 miembros habitan el domicilio

Ingresos y Beneficios (Seleccione las opciones aplicables. Se requiere comprobante de ingresos, desempleo o subempleo)

- Sin ingresos Pensión Asistencia Nutricional Medicare/Medicaid
 Empleado* VA Beneficios Asistencia General Servicio Privado de Salud
 Beneficios por Desempleo Seguro Social Ingreso de Suplementario de Seguridad (SSI)
 Otra fuente de ingresos Manutención de Niños Asistencia Temporal para Familias con Necesidad (TANF)

*Si empleado, proporcione nombre del empleador _____ Teléfono de oficina _____

Certificación

Mi firma en esta solicitud faculta a BPUB o sus agentes autorizados para verificar cualquier información que he proporcionado sobre dónde vivo, mis trabajos, ingresos, recursos, revisar el consumo de servicios públicos, el costo y la información de facturación para la evaluación del programa, operación y/o fines informativos. Mi firma también confirma mi comprensión de que cualquier número de Seguro Social proporcionado puede usarse en la administración de este programa, incluida la verificación de coincidencias cruzadas con cuentas de BPUB. Asimismo, que puedo calificar, pero no recibir asistencia porque los fondos del programa se han agotado o El programa ha sido cancelado.

Certifico que, sujeto a las sanciones previstas por la ley, la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa a mi veraz saber y entender.

Firma del Aplicante

Fecha

Firma del Agente Evaluador

Fecha