

Solicitud Para Servicios 2025

- Como Solicitar:** Complete **todas** las secciones de las páginas 1 a 4. Solicitudes incompletas no serán procesadas.
 - Escriba sus iniciales** a un lado de la lista de documentos para asegurar que se entreguen
 - Lea todos** los puntos listados en el **Acuerdo para Asistencia con Servicios de Proyecto BRAVO en 2025**
- Documentos:** Entregue COPIAS de todos los documentos requeridos para los servicios o programas solicitados.
- Estatus de Solicitud:** Empleados de Proyecto BRAVO llamarán a los solicitantes si se requiere información adicional. Proyecto BRAVO notificará a solicitantes de servicios sobre la aprobación/negación de servicios por una carta o correo electrónico.
- Entregar:** Entregue solo **UNA** solicitud y copias de los documentos en **UN** solo centro (direcciones abajo). Entregar múltiples solicitudes en el año retrasará la asistencia.

Iniciales del solicitante	Documentos requeridos para todos los programas	SOLO PARA USO OFICIAL
	Solicitud completa de Proyecto BRAVO y firmas.	
	Copia de Identificación foto del solicitante y todos los miembros del hogar.	
	Tarjeta de Seguro Social de todos los miembros del hogar que tienen número de SS Si no tiene, escribir N/A en la página 2 enseguida del nombre del miembro.	
	Comprobantes de ingresos de los ÚLTIMOS 30 DÍAS de todos los miembros del hogar mayores de 18 años que reciben ingresos. <i>Tipos de ingresos: Carta de TANF actual, Reembolso de Vivienda Pública (Housing), SSI, pensión de veteranos, discapacidad, Pensión, compensación del trabajador, salarios brutos de empleo, salarios de trabajo por cuenta propia, manutención de los hijos, beneficios de desempleo. No se aceptan estados de cuenta bancarios.</i>	
	Carta de certificación actual de SNAP, o estampillas para alimentos si recibe este beneficio.	
	Últimos recibos de luz, gas/carta de la compañía de propano e historial de consumo del 2023. Incluya recibos vencidos y desconexión.	

Iniciales del solicitante	Documentos requeridos para asistencia con Servicios y Climatización para cada miembro del hogar	SOLO PARA USO OFICIAL
	Pasaporte Americano sin daños y completamente válido o pasaporte de tarjeta (puede estar vencido) O	
	Matrícula Consular y pasaporte extranjero actual (válido) O	
	Acta de nacimiento de los EEUU o Certificado de Naturalización MÁS una identificación con foto: Licencia de conducir de Texas, Licencia temporal, o tarjeta de identificación de ofensor de Texas.	
	Para niños (de 17 años o menor), tarjeta de Seguro Social o record de vacunas o tarjetas de Medicaid o Identificación de foto	
	Para no ciudadanos de U.S.: copia de la tarjeta de residencia (frente y atrás)	

PARA LA LISTA COMPLETA DE DOCUMENTOS ACEPTABLES, POR FAVOR VISITE www.proyectobravo.org/customer-resources

CENTRAL
(915)562-4100 X 117
2000 Texas Ave.
El Paso, TX 79901

NORTHEAST/WESTSIDE
(915)562-4100 X 342
4838 Montana Ave.
El Paso, TX 79903

YSLETA
(915)562-4100 X 300
8908 Old County Dr.
El Paso, TX 79907

EASTSIDE
(915)562-4100 X 350
14901 Whitetail Deer Dr.
El Paso, TX 79938

Empleado de Proyecto Bravo	Fecha de Recibo
-----------------------------------	------------------------

PARTE I: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
NOMBRE DEL SOLICITANTE		Mi hogar recibió asistencia de Proyecto BRAVO en 2024	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DIRECCIÓN FÍSICA	Calle:	Ciudad:	Código Postal:
DIRECCIÓN DE CORREO	Calle:	Ciudad:	Código Postal:
# DE TELÉFONO PRINCIPAL		# DE TELÉFONO ADICIONAL	
CORREO ELECTRÓNICO		¿Está relacionado a un empleado del Proyecto BRAVO?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <u>Si contestó sí, ¿quién?</u>

PARTE II: INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Si hay mas de 10 miembros, favor de enviar forma adicional)

NOMBRE	RELACIÓN	ÚLTIMOS 4 DE #SS o N/A	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/YYYY	SEXO	RAZA (Asiático, Negro, Hawaiano, Blanco, Nativo Americano o Multirracial, etc.)	HISPANO Si/No	ÚLTIMO NIVEL ESCOLAR CURSADO	NOMBRE DE SEGURO MÉDICO	VETERANO Si/No	DESHABILITADO Si/No
1. SOLICITANTE NOMBRADO EN PARTE I	YO MISMO									
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
# Total de miembros del hogar		Tipo de Vivienda (marcar una opción)	<input type="checkbox"/> Hogar de Padre/Madre Soltero <input type="checkbox"/> Hogar con dos Padres <input type="checkbox"/> Hogar de solo una Persona <input type="checkbox"/> Familia Multigeneracional <input type="checkbox"/> Dos Adultos-Sin Niños <input type="checkbox"/> Otro _____							

PARTE III: PROGRAMAS & SERVICIOS (Seleccione los programas y servicios que está solicitando. Es probable que no reciba un servicio si no lo marca.)

<input type="checkbox"/> Asistencia con Servicios Públicos (Luz, Gas, Propano)	<input type="checkbox"/> Educación para Comprador de Vivienda
<input type="checkbox"/> Climatización (cambios para reducir costos de energía)	<input type="checkbox"/> Prevención de Juicio Hipotecario (Foreclosure/embargo)
<input type="checkbox"/> Encendido de unidad de aire acondicionado/calefacción	<input type="checkbox"/> Departamentos Económicos
<input type="checkbox"/> Reparación de unidad de aire/calefacción (HVAC)	<input type="checkbox"/> Medicamento Económico/ Gratuito
<input type="checkbox"/> Programa de Preparación Académica y Entrenamiento (CARE)	<input type="checkbox"/> Anteojos (lentes) Económicos/ Gratuitos
<input type="checkbox"/> Hidropaneles que producen agua para familias que viven en las Colonias o vecindarios sin conexión a Agua Municipal	

PARTE IV: VERIFICACIÓN DE INGRESOS (Liste ingresos recibidos en los últimos 30 días por todos los miembros del hogar de 18 años y mayor. Si hay más de 5 miembros en su hogar con ingresos, favor de usar una hoja adicional.)

SELECCIONE TIPOS DE INGRESOS RECIBIDOS	<input type="checkbox"/> Empleo/Trabajo	<input type="checkbox"/> Estampillas (SNAP)	<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo
	<input type="checkbox"/> Manutención en efectivo	<input type="checkbox"/> Pensión	<input type="checkbox"/> SSI/SSDI/RSDI	<input type="checkbox"/> Beneficios de VA (Veterano)
	<input type="checkbox"/> Manutención	<input type="checkbox"/> Por cuenta propia	<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Otro _____
Nombre del miembro del Hogar	Tipo de ingresos recibidos	Frecuencia de pago <i>Semanal/Quincena/Mensual/Otro</i>		TOTAL DE INGRESOS MENSUALES

PARTE V: INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA

¿En qué tipo de vivienda vive?	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Casa Móvil <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Cuarto Rentado <input type="checkbox"/> Otro _____		
¿Usted renta esta vivienda o es dueño (a) de la vivienda?	<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Dueño(a)	¿Cuál es la cantidad mensual debida para la renta o hipoteca?	\$ _____
Si renta, ¿están incluidos los servicios públicos (gas, luz, agua, etc) en la renta?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Vive en vivienda pública o subsidiada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contestó si, ¿qué tipo? <input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> HUD
Números de Cuentas De Servicios	# Cuenta de Luz: _____	# Cuenta de Gas: _____	_____ _____

PARTE VI: COMENTARIO DEL SOLICITANTE: Siéntase libre de compartir información que nuestro personal debe saber, es decir como aviso de desconexión, horas de disponibilidad, método de contacto preferido, etc.

¿Hay algo que nuestro personal deba saber sobre su caso?

¿Fue referido a Proyecto BRAVO por alguna agencia comunitaria?

Si No Si contestó si, ¿Cuál? _____

Acuerdo de servicios de Proyecto BRAVO 2025

1. Doy fe de que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta.
2. Entiendo que soy responsable de pagar mis recibos de servicios hasta ser notificado por Proyecto BRAVO que mi solicitud fue revisada y calificué para recibir asistencia.
3. Entiendo que, de ser aprobado, los programas y servicios se otorgan utilizando un **sistema de puntos de prioridad y no por orden de llegada**.
4. Entiendo que mi solicitud puede ser transferida a otro centro de Proyecto BRAVO para propósitos de disponibilidad de citas.
5. Entiendo que enviar una solicitud no garantiza la asistencia para ninguno de los programas de Proyecto BRAVO.
6. Entiendo que **NO** se aprobará una solicitud incompleta sin firmas, iniciales y documentos.
7. Entiendo que programas y servicios se ofrecen según la **disponibilidad de fondos** y pueden cancelarse durante el año.
8. Entiendo que, si se aprueba mi solicitud de servicios, Project BRAVO se comunicará directamente con el proveedor de servicios públicos. Puede tomar hasta 48 horas resolver mi caso y evitar la desconexión o reconexión de los servicios.
9. Entiendo que, si se aprueba mi solicitud de servicios, los pagos realizados a los proveedores de servicios públicos pueden demorar hasta **45 días y entiendo que, si recibo un aviso de desconexión, soy responsable de llamar inmediatamente a Proyecto BRAVO y al proveedor de servicios públicos para evitar la desconexión de los servicios**.
10. Entiendo que los ingresos de mi hogar se han anualizado, al momento de la solicitud, de acuerdo con los procedimientos preestablecidos de la agencia.
11. Entiendo que puedo apelar una denegación de elegibilidad y que las quejas deben seguir el Proceso de quejas del Cliente de Proyecto BRAVO.
12. Autorizo a Texas Department of Housing and Community Affairs (TDHCA), agencias de financiación, y a Proyecto BRAVO a solicitar/verificar información proporcionada en esta solicitud, incluido ingreso del hogar registrado por el gobierno federal.
13. Soy consciente de que estoy sujeto a enjuiciamiento, multas de hasta \$10,000, y cancelación de servicios hasta por dos años por dar información falsa o fraudulenta.
14. Autorizo a Proyecto BRAVO a compartir mi información con Socios Comunitarios con el fin de aumentar mi acceso a programas y servicios, confirmar mis resultados y prevenir la duplicación de servicios.
15. Entiendo que si me comunico con cualquier medio, miembro de la junta de Proyecto BRAVO, personal de TDHCA o funcionario electo con respecto a mi caso, otorgo permiso a Proyecto BRAVO para discutir los detalles de mi caso con los medios de comunicación, miembro de la junta de Proyecto BRAVO, TDHCA personal o funcionario electo para resolver la queja.
16. Entiendo que Proyecto BRAVO no tolera comportamientos inadecuados que comprometan la integridad de nuestros servicios o seguridad de los empleados, solicitantes, clientes y otros. Solicitantes o clientes que presenten este comportamiento en persona, por teléfono, o comunicación electrónica serán advertidos sobre la cancelación de los servicios y negación de los mismos hasta por dos años.
17. ***Si necesita adaptaciones especiales o relacionadas con la ADA, favor de comunicarse con su centro.***

Al firmar a continuación, reconoce que he leído y acepta los términos del acuerdo.

Nombre de Solicitante

Firma de Solicitante

Fecha de Solicitud

INSTRUCTIONS TO FILL OUT DECLARATION OF INCOME STATEMENT & SAVE FORMS

The following forms must be returned with your application and copies of all required documents.

Declaration of Income Statement: Complete and **sign** the highlighted sections on the DIS form. All household members who are eighteen (18) years or older and meet the following categories must be added to the DIS form.

1. Add your name and address on the top part of the DIS form.
2. Add the full name of family members who have not had income in the past 30 days.
3. Add the full name of all household members (including yourself) that are self-employed and don't have proof of income or are employed and have received partial income in the past 30 days.
4. Add a clear statement detailing the lack of income in the past 30 days for all household members 18 years or older, including yourself.

Example of statement that must be written on the DIS form: My son John does not have income because he is attending High School, and my husband, James is self employed and earns **\$500 monthly.**

Note: last income received must be included for verification purposes.

Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE) System and US Citizenship/US National: Add the names of **all family members** living in the household included in the application.

1. In the first highlighted column, '**Household Member Name,**' type the full name of each household member.
2. All other sections leave blank
3. Sign the box **Applicant's Signature**

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LAS FORMAS DECLARACIÓN DE INGRESOS Y SAVE

Los siguientes formularios deben ser devueltos con su solicitud y copias de todos los documentos requeridos.

Declaración de Ingresos: completar y **firmar** las secciones resaltadas en el formulario DIS. Todos los miembros del hogar que tengan dieciocho (18) años o más y cumplan con las siguientes categorías deben agregarse al formulario DIS.

1. Agregue su nombre y dirección en la parte superior del formulario DIS.
2. Agregue el nombre completo de los miembros de la familia que no han recibido ingreso en los últimos 30 días.
3. Agregue el nombre completo de todos los miembros del hogar (incluido usted mismo) que trabajan por cuenta propia y no tienen prueba de ingresos o están empleados y han recibido ingresos parciales en los últimos 30 días.
4. Agregue una breve explicación que detalle la falta de ingresos en los últimos 30 días para todos los miembros del hogar mayores de 18 años, incluido usted mismo.

Ejemplo de declaración que debe escribirse en el formulario DIS: Mi hijo Juan no tiene ingresos porque asiste a la escuela preparatoria, y mi esposo Jaime trabaja por su cuenta ganando un ingreso de \$500 al mes.

Nota: se debe incluir el último ingreso recibido para fines de verificación.

Sistema de Verificación Sistemática de Extranjeros para Derechos (SAVE) y Ciudadanía de EE. UU./Nacional de EE. UU.: Agregue los nombres de todos los miembros de la familia en el hogar incluidos en la solicitud.

1. En la primera columna resaltada, '**Nombre del miembro del hogar,**' escriba el nombre completo de cada miembro del hogar.
2. Todas las demás secciones se dejan en blanco
3. Firme la caja **Firma del aplicante**



**DECLARATION OF INCOME STATEMENT
DECLARACION DE INGRESOS**

Applicant Name (Nombre del Solicitante)	Applicant Last Name (Apellido)	Suffix (Sufijo)
Address (Dirección)	City (Ciudad)	Zip Code (Código Postal)

State the gross income for household members, 18 years and older, who have no documentation of the income received in the **30 day period** prior to the date of application for assistance: *(Declarar el ingreso recibido por los miembros de su hogar, que tienen 18 años de edad o más, y que no tienen documentación de ingresos por los 30 días antes del aplicar para asistencia)*

Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)
Name (Nombre)	Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)

My household has no documented proof of income due to the following situation:
(Mi hogar no tiene prueba para documentar los ingresos por medio de tal razones):

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief. *(Yo certifico que la información proveída de los ingresos es verdadera y correcta según mi saber y conocimiento.)*

I understand that the information will be verified to the extent possible; and that I may be subject to prosecution for providing false or fraudulent information. *(Comprendo que la información será verificada hasta donde sea posible y que puedo ser enjuiciado por haber proveído información falsa ó fraudulenta.)*

(Applicant Signature/Firma del Solicitante)

(Date/Fecha)



Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE)

Formulario de Certificación del Ciudadano/Nacional de EEUU Solicitante para CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP Subrecipients, y SHTF, ESG, HHSP, EH (subdivisión política solamente)

El programa para el cual está aplicando requiere la verificación que usted es un ciudadano de los Estados Unidos de America (EEUU), un nacional no ciudadano, o un residente legal de los EEUU. Se requiere que el solicitante proporcione documentación de su ciudadanía de los EEUU o de su estatus migratorio en los EEUU. Esta agencia utiliza el Programa de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (SAVE) para verificar el estatus migratorio de personas que no son ciudadanos de los EEUU.

Nombre los miembros del hogar	Ciudadano de los Estados Unidos de America (Nacido o Naturalizado) o Nacional de los EEUU (Si o No)	Extranjero Calificado (Si o No)	Nombre los documentos proporcionados para:	
			Ciudadanía/Extranjero Calificado	Identificación

Para agregar miembros adicionales del hogar, use otra copia de este formulario.

Soy consciente de que puedo ser sometido a un proceso judicial por proporcionar información falsa o fraudulante.

--	--

Firma del Solicitante

Fecha

--	--	--

Firma del personal certificando la verificaron de documentos

Imprima el nombre del personal

Fecha