

Programa de Acción Comunitaria de El Paso, **Proyecto BRAVO**

Solicitud de Servicios 2026

PÁGINA DE INFORMACIÓN

Aviso importante: Debido a cambios en los fondos, la cantidad de asistencia que reciba puede ser menor que en años anteriores.

1. Las solicitudes no se procesarán hasta que se reciban TODOS los documentos. **No procesamos solicitudes incompletas.**
2. Usted es responsable de pagar sus facturas (incluyendo los avisos de desconexión) hasta que su solicitud sea procesada y nuestro personal le notifique sobre los pagos realizados.
3. Puede tardar hasta 60 días la revisión de solicitudes completas, dependiendo de la época del año y el volumen de solicitudes en trámite. Nuestro personal se pondrá en contacto con usted una vez procesada su solicitud.
4. **Esta solicitud es para fines de revisión y no garantiza su elegibilidad para recibir servicios.** Los pagos a los proveedores de servicios públicos se realizan dentro de los 45 días a partir de la fecha de los servicios y **están sujetos a disponibilidad de fondos.**
5. Entregue **UNA solicitud** durante el año. Múltiples solicitudes en papel o electrónicas retrasan la asistencia.

DOCUMENTOS REQUERIDOS (por favor traer copias)

Nota: Si recibió asistencia el año pasado y anteriormente presentó documentos de ciudadanía para todos los miembros del hogar, sólo necesita proporcionar información de ingresos de todos los miembros del hogar y facturas actuales de este año.

- Tarjetas de Seguro Social de todos los miembros del hogar. Si no tiene ninguna, escriba N/A seguido del nombre del familiar.
- Prueba de **TODOS** ingresos recibido en los últimos 30 días de cada miembro del hogar 18 años o mayor. (Talones de cheques, Seguro Social SSI, SSDI y SSA, incluidos niños menores; beneficios de VA, desempleo, TANF, jubilación, pensión, manutención infantil, etc.)
- Si algún miembro del hogar mayor de 18 años no declara ingresos, o trabaja por cuenta propia sin comprobante de ingresos, complete el formulario adjunto. **Declaración de Estado de Ingresos.**
- **TODOS** los miembros del hogar deben presentar prueba de ciudadanía o estatus legal. **No hay excepciones.**
 - Pasaporte o tarjeta de pasaporte estadounidense válidos (puede estar vencido), o
 - Certificado de nacimiento de EE. UU. o certificado de naturalización,
 - Para residentes, una copia legible de la tarjeta de residente permanente (frente y reverso).
 - Si tiene otro documento de inmigración emitido por el gobierno de US, llámenos para instrucciones.**TODOS** los miembros del hogar deben presentar algún tipo de identificación. **No hay excepciones.**
 - Licencia de conducir con fotografía o identificación para los miembros del hogar mayores de 16 años.
 - Pasaporte extranjero o identificación para ciudadanos no estadounidenses.
- Facturas actuales y vencidas de electricidad, gas natural o propano, y avisos de desconexión, si corresponde.

Para obtener una lista completa de los documentos aceptados, visite **www.projectbravo.org/recursos-del-cliente**

Oficina Central
2000 Texas Ave.
El Paso, TX 79901
(915)562-4100 ext. 117

Oficina Noroeste
4838 Montana Ave.
El Paso, TX 79903
(915)562-4100 ext. 342

Oficina Ysleta
8908 Old County Dr.
El Paso, TX 79907
(915)562-4100 ext. 300

Oficina Este
14901 Whitetail Deer Dr.
El Paso, TX 79938
(915)562-4100 ext. 350

PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

SOLICITANTE			Mi hogar recibió servicios de Proyecto BRAVO en 2025	☐ Sí ☐ No
DIRECCIÓN FÍSICA	Calle:	Ciudad:	Código Postal:	
DIR. DE CORREO	Calle:	Ciudad:	Código Postal:	
TELÉFONO PRINCIPAL		NÚMERO DE TELÉFONO SECUNDARIO		
CORREO ELECTRÓNICO		Algún familiar es empleado de Proyecto BRAVO?	☐ Sí ☐ No Si es así ¿quién? _____	

PARTE II. INFORMACIÓN DEL HOGAR (Si hay más de 10 miembros en su hogar, adjunte una hoja adicional)

NOMBRE	RELACIÓN	ÚLTIMOS 4 SS# o N/A	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	SEXO F/M	RAZA (Asiático, negro, hawai, blanco, nativo americano o multi, etc.)	HISPANO Sí/No	ÚLTIMO AÑO DE EDUCACIÓN	NOMBRE DEL SEGURO DE SALUD	VETERANO Sí/No	DISCAPACITADO Sí/No
1. SOLICITANTE DE LA PARTE I	YO									
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
Total de Personas		Hogar (Marque una)	☐ Hogar monoparental ☐ Hogar con dos padres ☐ Hogar unipersonal ☐ Familia multigeneracional ☐ Dos adultos, sin niños ☐ Otro _____							

PARTE III. PROGRAMAS Y SERVICIOS: Seleccione los programas y servicios que desea. La disponibilidad depende de los fondos actuales, y se puede otorgar prioridad según los criterios requeridos por los financiadores.

☐ Asistencia con servicios de gas, electricidad y propano.	☐ Educación para compradores de vivienda
☐ Climatización (cambios en el hogar para reducir costos de energía). <i>Puede volver a solicitarlo después de 15 años.</i>	☐ Prevención de ejecuciones hipotecarias
☐ Servicios de apoyo para la formación profesional y laboral	☐ Apartamentos economicos
☐ Anteojos de bajo costo/gratis	☐ Acceso a agua potable, sólo para hogares en las colonias sin conexión al agua municipal
☐ Medicamentos gratuitos y de bajo costo	

PARTE IV. VERIFICACIÓN DE INGRESOS: Indique los ingresos recibidos en los últimos 30 días de todos los miembros del hogar mayores de 18 años. Si hay más fuentes de ingresos en su hogar, utilice y adjunte una hoja adicional.

SELECCIONE LOS TIPOS DE INGRESOS RECIBIDOS	☐ Empleo/Trabajo	☐ Suplemento (SNAP)	☐ Seguro social	☐ Beneficios de desempleo
	☐ Manutención infantil	☐ Pensión	☐ SSI/SSDI/RSDI	☐ Beneficios del VA
	(en efectivo o legal)	☐ Independiente	☐ (TANF)	☐ Otro:
Nombre del miembro del hogar	Tipo de ingreso recibido	Frecuencia <i>Semanal/Quincenal/Mensual/Otro</i>	TOTAL Ingreso mensual bruto	

PARTE V. INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA:

Tipo de casa	☐ Casa ☐ Casa móvil ☐ Apartamento ☐ Habitación alquilada ☐ Otros _____			
Renta o es dueño de casa?	☐ Renta ☐ Compra	¿Cuál es su pago mensual de alquiler o hipoteca?		\$
Si rentas, están incluidos los servicios públicos?	☐ Sí ☐ No	Vive en vivienda pública o subsidiada? Si es así, presentar un comprobante de reembolso de servicios públicos de vivienda.		☐ Sí ☐ No Si es así, ¿qué tipo? ☐ Sección 8 ☐ HUD
# de cuenta de servicios:	Número de cuenta eléctrica:	Número de cuenta de gas:		Nombre de la compañía de propano y número de cuenta:
No tengo conexión de tubería de mi casa al sistema de agua municipal.				☐ Sí ☐ No

PARTE VI. COMENTARIO DEL SOLICITANTE: Información que nuestro personal debería saber, como aviso de desconexión, horario de disponibilidad, método de contacto preferido, etc.

¿Qué agencia comunitaria le refirió a Project BRAVO?	☐ Sí ☐ NO Si es así, ¿quién?

Acuerdo de Solicitud y Servicios de Proyecto BRAVO 2026

1. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi entender.
2. Entiendo que, si se aprueban, los programas y servicios de Proyecto BRAVO se otorgan utilizando una escala de **calificación de prioridad y no del “primero en llegar, primero en ser atendido”**.
3. Entiendo que mi solicitud puede ser transferida a otro centro de Proyecto BRAVO para fines de procesamiento.
4. Entiendo que, si mi solicitud de servicios es aprobada, Proyecto BRAVO se comunicará directamente con el proveedor de servicios públicos. Podría tomar hasta 48 horas resolver mi caso y evitar la desconexión o reconexión de los servicios.
5. Entiendo que los ingresos brutos de mi hogar se anualizarán al momento de revisar la solicitud, de acuerdo con los procedimientos preestablecidos de la agencia.
6. Entiendo que puedo apelar la denegación de elegibilidad y las quejas deben seguir el Proceso de quejas de clientes de Proyecto BRAVO.
7. Autorizo al Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA), las agencias de financiamiento y Proyecto BRAVO a solicitar/verificar la información proporcionada en esta solicitud, incluidos los ingresos familiares rastreados por el Gobierno Federal.
8. Soy consciente de que estoy sujeto a enjuiciamiento y/o multas de hasta \$10,000 y denegación de servicios por hasta dos años por proporcionar información falsa o fraudulenta.
9. Autorizo a Proyecto BRAVO a compartir mi información con socios comunitarios para aumentar mi acceso a programas y servicios, confirmar mis resultados y evitar la duplicación de servicios.
10. Entiendo que si me comunico con los medios de comunicación, miembros de la junta del Proyecto BRAVO, personal del TDHCA o funcionarios electos con respecto a mi caso, le otorgo permiso a Proyecto BRAVO para discutir los detalles de mi caso con los medios de comunicación, miembros de la junta de Proyecto BRAVO, personal de TDHCA o funcionarios electos para resolver la queja.
11. Entiendo que intentar presionar o influenciar al personal, proveedores y contratistas de Proyecto BRAVO para que reciban servicios fuera de turno se considera una conducta inaceptable y puede resultar en la terminación de los servicios y la negación de los mismos por hasta dos años.
12. Entiendo que Proyecto BRAVO no tolera comportamientos conflictivos que puedan comprometer la integridad de los servicios que ofrecemos y la seguridad y/o protección al personal, solicitantes, clientes, proveedores, contratistas y otros. **Los solicitantes o clientes que presenten un comportamiento inapropiado o problemático o en persona, por teléfono o a través de correspondencia electrónica se les cancelarán los servicios y podrán ser negados por hasta dos años.**
13. *Si necesita adaptaciones especiales o relacionadas con la ADA, comuníquese con su centro.*

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, comprendido y acepto los términos completos del Proyecto BRAVO. solicitud.

Nombre del solicitante

Firma del solicitante

Fecha