

## Solicitud Para Servicios 2024

- Como Solicitar:** Complete **todas** las secciones de las páginas 1 a 4. Solicitudes incompletas no serán procesadas.
- Documentos Requeridos:** Entregue COPIAS de todos los documentos requeridos para los servicios solicitados.
- Solicitud Completa:** Escriba sus **iniciales** a un lado de la lista de documentos para asegurar que se entreguen.
- Solicitud Incompleta:** Solicitudes incompletas retrasan la verificación de elegibilidad del programa.
- Estatus de Solicitud:** Empleados de Proyecto BRAVO llamarán a clientes si se requiere información adicional. El Proyecto BRAVO notificara a solicitantes 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 con los servicios.

| Iniciales del solicitante | Documentos requeridos para todos los programas   | SOLO PARA USO OFICIAL |
|---------------------------|--|-----------------------|
|                           | Solicitud completa de Proyecto BRAVO.  |                       |
|                           | 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<br><b>(Si no tiene, favor de marcar N/A en la página 2 enseguida del nombre del miembro).</b>   |                       |
|                           | 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, 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, y propano. Si esta solicitando ayuda con propano, envíe el historial de consumo del 2023. Incluya recibos vencidos y avisos de desconexión, si uno.   |                       |

| 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) <input type="radio"/>  |                       |
|                           | Matrícula Consular y pasaporte extranjero actual (válido) <input type="radio"/>  |                       |
|                           | Acta de nacimiento de los EEUU o Certificado de Naturalización <b>MÁS una identificación con foto:</b> Licencia de conducir estatal, 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.PROJECTBRAVO.ORG/APPLY](http://WWW.PROJECTBRAVO.ORG/APPLY)

**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

**SOLO PARA USO OFICIAL – Iniciales del empleado \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud \_\_\_\_\_**

| PARTE I: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE |        |   |   |
|--------------------------------------|--------|---|---|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE               |        | Mi hogar recibió asistencia de Proyecto BRAVO en 2023 | <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<br><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"/> Padre/madre Soltero <input type="checkbox"/> Hogar con dos padres <input type="checkbox"/> Solo una persona<br><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 (Luz, Gas, Propano)           | <input type="checkbox"/> Programa de Preparación Académica y Entrenamiento (CARE) |
| <input type="checkbox"/> Climatización (cambios para reducir costos de energía) | <input type="checkbox"/> Reparación de unidad de aire/calefacción (HVAC)          |
| <input type="checkbox"/> Encendido de unidad de aire acondicionado/calefacción  | <input type="checkbox"/> Prevención de Juicio Hipotecario (Foreclosure/embargo)   |
| <input type="checkbox"/> Educación para comprador de Vivienda                   | <input type="checkbox"/> Departamentos Económicos                                 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento económico/ gratuito                        | <input type="checkbox"/> Anteojos (lentes) económicos/ gratuitos                  |

**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.)

|   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| <b>SELECCIONE TIPOS DE INGRESOS RECIBIDOS</b> | <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 de la vivienda | Tipo de ingresos recibidos | Frecuencia de pago<br><i>Semanal/Quincena/Mensual/<br/>Otro</i> | CANTIDAD TOTAL<br>MENSUAL DE INGRESOS |
|-----------------------------------|----------------------------|---|---------------------------------------|
|                                   |                            |   |                                       |
|                                   |                            |   |                                       |
|                                   |                            |   |                                       |
|                                   |                            |   |                                       |

**PARTE V: INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA**

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

**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 para Asistencia con Servicios de Proyecto BRAVO en 2024

1. Doy fe de que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.
2. Entiendo que, si se aprueban, los programas y servicios se otorgan utilizando un **sistema de puntos de prioridad** y **no** por orden de llegada.
3. Entiendo que mi solicitud puede ser transferida a otro centro de Proyecto BRAVO para propósitos de disponibilidad de citas.
4. Entiendo que enviar una solicitud no garantizará la asistencia para ninguno de los programas del Proyecto BRAVO y que **NO** se aprobará una solicitud incompleta a la que le falten firmas, iniciales y documentos.
5. Entiendo que programas y servicios se ofrecen según la disponibilidad de fondos y pueden cancelarse durante el año.
6. 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.
7. Entiendo que, si se aprueba mi solicitud de servicios, los pagos realizados a los proveedores de servicios públicos pueden demorar hasta 60 días y entiendo que, si recibo un aviso de desconexión, soy responsable de llamar inmediatamente a Project BRAVO Y al proveedor de servicios públicos para evitar la desconexión de los servicios.
8. Entiendo que los ingresos de mi hogar se han anualizado, al momento de la solicitud, de acuerdo con los procedimientos preestablecidos de la agencia.
9. Entiendo que puedo apelar una denegación de elegibilidad y que las quejas deben seguir el Proceso de Quejas del Cliente de Proyecto BRAVO.
10. Autorizo al Texas Department of Housing and Community Affairs (TDHCA), agencias de financiación, y a Proyecto BRAVO a solicitar/verificar información proporcionada en esta solicitud.
11. Soy consciente de que estoy sujeto a enjuiciamiento y/o multas de hasta \$10,000 por dar información falsa o fraudulenta.
12. 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.
13. 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.
14. ***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

Para informarse de nuestra política y proceso para quejas de clientes, favor de visitar [www.projectbravo.org/customer-resources](http://www.projectbravo.org/customer-resources) o cualquier de nuestros centros comunitarios.

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR DIS Y SAVE FORMULARIOS

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.

- Agregue su nombre y dirección en la parte superior del formulario DIS.
- Agregue el nombre completo de los miembros de la familia que no han trabajado en los últimos 30 días.
- 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.
- Agregue una declaración clara 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.

- En la primera columna resaltada, '**Nombre del miembro del hogar,**' escriba el nombre completo de cada miembro del hogar.
- Todas las demás secciones se dejan en blanco
- Firma 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)<br>\$ |
| Name (Nombre) | Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)<br>\$ |
| Name (Nombre) | Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)<br>\$ |
| Name (Nombre) | Gross Income Received (Ingreso Bruto Recibido)<br>\$ |

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)*

**TEXAS DEPARTMENT OF HOUSING AND COMMUNITY AFFAIRS**  
**Household Status Verification Form**



**Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE) System and US Citizenship/US National**  
**Applicant Certification Form for CEAP, DOE-WAP, LIHEAP-WAP Subrecipients, and SHTF, ESG, HHSP, EH (political subdivision only)**

The program for which you are applying requires verification that you are a U.S. citizen, a non-citizen national, or a legal resident of the United States. Documentation of your status is required. This agency uses the Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE) System to verify the status of non-citizens.

| Household Member Name | U.S. Citizen<br>(Born or Naturalized)<br>or U.S. National<br>(Yes/No) | Qualified<br>Alien<br>(Yes/No) | Documentation Provided for: |                |
|-----------------------|---|--------------------------------|-----------------------------|----------------|
|                       |   |                                | Citizenship/Qualified Alien | Identification |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |
|                       |   |                                |                             |                |

To add additional household members, use another copy of this form.

**I AM AWARE THAT I AM SUBJECT TO PROSECUTION FOR PROVIDING FALSE OR FRAUDULANT INFORMATION.**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Applicant's Signature

Date

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Signature of agency staff certifying they verified the above documents

Print Staff Name

Date

