

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE RICHMOND**  
**Programa Municipal de Alivio en el Pago de Servicios Públicos COVID-19**  
**SOLICITUD RESIDENCIAL para ayuda por atrasos en el pago de servicios públicos**



El Departamento de Servicios Públicos (DPU) de la Ciudad de Richmond ha recibido fondos para el Programa Municipal de Alivio en el Pago de Servicios Públicos COVID-19, provistos por el Acta de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica (Acta CARES) por medio del Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de Virginia. Estos fondos apoyarán a los esfuerzos municipales de alivio y les darán asistencia directa a los clientes que se han atrasado en sus pagos de servicios públicos como resultado de dificultades económicas debidas al COVID-19. Se ha diseñado este programa para que ayude con un único pago por cada hogar. El solicitante debe cumplir con los siguientes criterios para ser elegible para obtener fondos de este programa de alivio:

- Ser cliente activo del Departamento de Servicios Públicos de la Ciudad de Richmond;
- Haber sufrido el impacto de dificultades económicas debidas al COVID-19 (ver más abajo);
- Haberse atrasado en el pago del servicio de acueducto, alcantarillado o gas natural de la Ciudad durante el periodo que va desde el 1º de marzo de 2020 hasta el 30 de diciembre de 2020;
- No haber recibido otra ayuda o alivio financiero para el pago de los servicios públicos de la Ciudad; Y
- **Enviar la solicitud debidamente completada, con información válida y legible. Lea las instrucciones cuidadosamente. Su solicitud deberá ser recibida a más tardar a la medianoche del domingo 31 de enero de 2021.**

**Sección 1 Dirección de la propiedad elegible (en donde se brinda el servicio)**

Dirección \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Sección 2 Información del cliente (titular de la cuenta)**

Nombres \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Dirección postal (si es distinta de la anterior) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Sección 3 Certificación de dificultades económicas debidas al COVID 19**

Certifico que una de las personas de mi hogar o yo ha tenido una pérdida de ingresos debido a la pandemia de COVID-19, como resultado de que (marque todas las situaciones que correspondan):

- \_\_\_\_\_ Le han despedido.
- \_\_\_\_\_ Su lugar de trabajo cerró.
- \_\_\_\_\_ Le han disminuido las horas de trabajo.
- \_\_\_\_\_ Debe quedarse en casa para cuidar a sus hijos debido al cierre de la escuela o guardería.
- \_\_\_\_\_ Ha perdido la cuota de sostenimiento o mesada de los niños.
- \_\_\_\_\_ No ha podido trabajar o ha perdido horas de trabajo por haber contraído el COVID-19.
- \_\_\_\_\_ No ha podido encontrar trabajo debido al COVID-19.
- \_\_\_\_\_ No desea o es incapaz de volver a su antiguo empleo, debido al alto riesgo de enfermarse gravemente de COVID-19
- \_\_\_\_\_ Hay otras circunstancias (describalas) \_\_\_\_\_
- Nombre(s) de la(s) persona(s) afectadas en su hogar: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

*La solicitud continúa al respaldo de esta página*

#### Sección 4 Certificación del solicitante

Al solicitar hacer parte del programa de alivio económico, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Deseo recibir cualquier ayuda a la cual tengo derecho bajo las especificaciones de este programa.
- Certifico que la razón por la cual soy elegible para esta ayuda del Acta CARES es correcta de acuerdo a mi saber y entender.
- Declaro que hasta donde sé, soy la única persona que vive en el hogar correspondiente a la dirección que aparece en este formulario que ha solicitado esta ayuda financiera.
- Comprendo que si doy información falsa u oculto información con el fin de convertirme en elegible para beneficios a los cuales no tengo derecho o si solicito asistencia en más de un lugar, puedo ser procesado(a) por fraude y/o me puede ser negada la ayuda en el futuro.
- Comprendo que las agencias involucradas en este programa pueden verificar toda la información que he provisto.
- Comprendo que mi firma en este formulario le da permiso al Departamento de Servicios Públicos de la Ciudad de Richmond para que verifique la información relacionada con mi solicitud de ayuda.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### Envío de la solicitud/Información de contacto

Envíe la solicitud completada por correo electrónico, fax o en persona en:

Correo electrónico	<a href="mailto:DPUCares@richmondgov.com">DPUCares@richmondgov.com</a>
Fax	(804) 646-0737
Sitios de recepción	- Alcaldía   900 East Broad Street, oficina 115 - Iniciativa del Distrito Oriental   701 North 25 <sup>th</sup> Street - Centro de Servicios Comunitarios del Sur   4100 Hull Street

Si tiene alguna pregunta, llame a servicio al cliente de DPU al (804) 646-4646.

**Todas las solicitudes DEBEN ser RECIBIDAS a más tardar a la medianoche del domingo 31 de enero de 2021.** Cualquier dinero del fondo de alivio que sea puesto en su cuenta se verá reflejado en su factura de servicios públicos de febrero de 2021.

#### For Internal Use Only (Para uso interno de la oficina NO LLENE ESTOS CAMPOS)

Date Received	Date Processed	Application	Arrearage Amount	Relief Amount	Account Credited
		<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied	\$	\$	\$